N^R. 4. WTOREK 24 LIPCA 1900.

DZIENNIK IX. ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH

POD REDAKCYĄ DOC. DRA JANA RACZYŃSKIEGO.

Sprawozdanie z obrad naukowych w sekcyach. II.

I. Sekcya matematyczno-fizyczna (łącznie z astronomią).

Posiedzenie 1-sze. Sobota, d. 21 lipca. (Sala wykładowa Zakładu fizycznego). Obecnych 16. Początek posiedzenia o godz. 4 min. 25.

Gospodarz sekcyi. prof. Dr. M. P. Rudzki zagaja posiedzenie, poczem następuje wybór przewodniczącego.

Prezesem zostaje obrany Prof. Dr. Ignacy Zakrzewski (Lwów).

Na porządku dziennym odczyt Prof. Dr. M. Smoluchowskiego.

Prof. Dr. M. Smoluchowski (Lwów): **O nowszych postępach na polu teoryi kinetycznych materyi.** Dawniejsza teorya kinetyczna gazów, t. j. ta, która rozwiniętą została przez Maxwella i Clausiusa, oparta jest na założeniu, że sferę działania sił międzycząsteczkowych za nieskończenie małą uważać można w porównaniu z odległościami cząsteczek, więc stosuje się tylko do gazów stosunkowo rozrzedzonych.

Na tej podstawie wywiedziono prawo Boyle-Charlesa i obliczono pod względem jakościowym zjawiska tarcia wewnętrznego, przewodzenia ciepła i dyfuzyi, a oprócz tego wykryto istnienie kilku zjawisk specyalnych, które *a posteriori* doświadczalnie zbadane zostały, jak ślizganie się gazów rozrzedzonych wzdłuż powierzchni ciał stałych (Kundt i Warburg) i »skok temperatury«, zachodzący przy przewodzeniu ciepła pod analogicznemi warunkami (Smoluchowski).

Ilościowo dokładne obliczenia tamtych zjawisk, również jak i teorya gazów zgęszczonych wymagają znajomości prawa działania sił międzycząsteczkowych. Odnośna hypoteza Sutherlanda $\left(f = \frac{A}{r^4}\right)$ nie jest dostatecznie uzasadnioną.

Nowsza teorya kinetyczna, która uwzględnia wielkość sfery działania tych sił, opiera się — o ile w racyonalny sposób przeprowadzoną została — na Clausiusa twierdzeniu o silniku (*Virial*) i na Maxwella i Boltzmanna twierdzeniach o rozkładzie energii i prędkości w systemach mechanicznych. Długotrwały spór co do ważności tych twierdzeń Maxwella-Boltzmanna jeszcze nie został ostatecznie rozstrzygniętym, mianowicie Burbury stanowczo zaprzecza ścisłości tych praw.

Zdaje się jednak, że zarzuty jego uzasadnione są tylko o tyle, o ile dotyczą metody dowodu, użytej przez Boltzmanna, że jednak rezultat ostateczny, który można osiągnąć także za pomocą innej metody, użytej przez Maxwella i Rayleigha, jest prawdziwy (jeżeli pewne warunki są spełnione).

Wynika stąd, że warunkiem dla równowagi energii w gazach, cieczach i ciałach stałych jest równość przeciętnej energii kinetycznej ruchu postępowego atomu, zatem, że ta wielkość reprezentuje miarę temperatury. Zarzuty przeciwko mechanicznemu tłumaczeniu prawa entropii (Zermelo, Burbury itd.) nie są uzasadnione.

Wskutek tego, że wartości czasu relaksacyi różnych ruchów śródcząsteczkowych są różne, musi powstać zmienność czasowa ciepła właściwego (*Nachwirkung der spec. Wärme);* w przypadku idealnym Boltzmanna, gdzie cząsteczki są ciałami obrotowemi o powierzchni gładkiej, ów czas relaksacyi jest nieskończenie wielkim dla odpowiednich ruchów obrotowych, wskutek czego $\frac{C}{c} = 1{\cdot}66$ albo $= 1{\cdot}40$.

Względem gazów zgęszczonych Van der Waals wywiódł równanie na podstawie znanych założeń co do sił międzycząsteczkowych, posługując się jednak rozumowaniami nie bardzo ścisłemi.

Boltzmann, Lorentz, Jäger zastąpili ów wywód obliczeniami, opartemi na wyżej wspomnianych zasadach, uzupełniając wzór wielkościami, przez Van der Waalsa nieuwzględnionemi. Nie można go jednak zastosować po za obręb pewnego zgęszczenia, dopóki nie uda się wyrachowanie jeszcze dalszych składników w szeregu:

$$p + \frac{a}{v^2} = \frac{rT}{v}\left[1 + \frac{b}{v} + \frac{5}{8}\frac{b^2}{v^2} + \ldots\ldots\right];$$

już przy punkcie krytycznym znaczny z tego powstaje błąd.

Nic dziwnego więc, że i zastosowanie wzoru do cieczy jeszcze nie doprowadziło do ilościowo zadawalających rezultatów. Voigt, Millner i Dieterici próbowali wykonać takie obliczenia co do ciepła parowania; w racyonalniejszy sposób uczynił to Boltzmann.

Wyniki teoryi kinetycznej cieczy Jägera muszą być odrzucone po większej części, bo teorya jego nie zgadza się z wyżej wypowiedzianą fundamentalną zasadą co do równości energii kinetycznej atomów gazu i cieczy (w równej temperaturze).

Próbę zastosowania teoryi kinetycznej do ciał stałych uczynił Sutherland. Wypływa z niej chyba to, że cząsteczki nie mogą być kulami sztywnemi, bo wtedy spółczynniki sprężystości musiałyby być wielkościami zupełnie innego rzędu aniżeli w rzeczywistości. Także z innych zjawisk wypływa, że trzeba je uważać jako punkty, obdarzone układem sił, i to sił biegunowych (t. j. niejednakowych w kierunkach przestrzeni). W ciałach o budowie krystali-

cznej siły te powodują oryentacyę cząsteczek, podczas gdy ciała bezpostaciowe *(amorph)* nie różnią się od cieczy jakościowo, tylko ilościowo (Tammann).

Znaczenie prawa Dulonga-Petita co do ciał stałych zostało objaśnione przez Richarza i Staigmüllera na podstawie wspomnianych twierdzeń (M. i B.) bez specyalniejszych założeń co do tych sił, ponad to, że są one proporcyonalne do wychyleń w dostatecznie małym obrębie.

Przypuszczać należy, że ten sam układ sił »biegunowych« znamionuje zachowanie się atomów przy dysocyacyi, której teorya rozwiniętą została przez Boltzmanna, Natansona i innych, i może wogóle przy procesach chemicznych.

W dyskusyi zabiera głos Prof. Dr. Natanson i podnosi, że prawo entropii zazwyczaj brano za ciasno, np. Boltzmann poprzestaje na rozważaniu gazu, dochodzącego do równowagi, gdy to bynajmniej nie wyczerpuje zakresu zjawisk, objętych przez prawo entropii, albowiem są układy, które się nie uspakajają. Przypadek Boltzmanna jest tedy bardzo szczególnym przypadkiem.

Co do teoryi mechanistycznych wogóle, to albo winny one tłumaczyć wszystko, z tych jednak dziś już naprawdę nauka rezygnuje, albo też jest to tylko pewien sposób opisywania zjawisk. Należy tedy rozdzielić, co jest w tych teoryach opisywaniem zjawisk, a co wynikiem, wypływającym z hypotezy mechanistycznej. To drugie jest, zdaniem mowcy, wogóle bezpłodnem, np. cała ta część t. zw. kinetycznych teoryi, którą można rozwinąć bez żadnych specyalnych molekularnych założeń, część »hydrodynamiczna«, niejako kinematyczna, jest trwałym nabytkiem nauki, ale zgoła nie mechanistycznym. Resztę, zależną od praw działań między cząsteczkami, lub od natury samych czasteczek, mowca uważa za bezpłodną.

W odpowiedzi zaznacza Prof. Dr. Smoluchowski, że z pewnością teorya kinetyczna w teraźniejszym jej stanie nie wyczerpuje zawartości drugiego prawa termodynamiki, więc tymczasem nie może go zastępować, ale nie jest też z niem w sprzeczności, o ile dotychczas sądzić można.

Mowca nie sądzi, by wolno było z góry zaprzeczać możliwości dojścia do jakichś ważnych wniosków za pomocą specyalnych założeń co do istoty mechanizmu, sądzi też, że także i ta droga badań teoretycznych równie uprawnioną jest z termodynamiką.

Dr. L. Grabowski zwraca uwagę na analogie, zachodzące między teoryą kinetyczną materyi a fotometryą kurzaw kosmicznych; analogie te odnoszą się osobliwie do pewnego punktu rozumowania, w którym w teoryi kinetycznej materyi były popełniane dawniej nieścisłości.

Koniec posiedzenia o godz. 6 min. 25.

Następne posiedzenie wspólnie z sekcyą fotograficzną w niedzielę d. 22-go lipca, o godz. 10-ej rano.

Następne posiedzenie sekcyjne w poniedziałek, d. 23-go lipca, o godz. 9-ej rano.

IV. Sekcya zoologii i anatomii porównawczej.

II. Posiedzenie. W niedzielę 22. VII, 1900 r. od godz. 10. do 12.20 przed południem.

Osób obecnych 8.

Przewodniczący: Prof. Dr. J. Nusbaum.

Gospodarz: Prof. A. Wierzejski, Sekretarz: Dr. Tad. Garbowski.

Prof. Władysław Kulczyński wygłosił referat p. t. **Obecny stan prac nad fauną krajową.** — Referat przedstawił przebieg dotychczasowych prac nad fauną Galicyi. Jako działy poznane dobrze wymienił: ptaki, gady, płazy, ryby, mięczaki, wrotki, mszywioły, jamochłony, jako znane dość dobrze lub miernie przynajmniej: ssawce, owady z wyjątkiem przeważnej części błonkówek, tudzież pewnych działów pluskwiaków i prasiatnic, wije, pajęczaki z wyjątkiem roztoczów, skorupiaki wodne niepasorzytne, część pierścienic, wirki, pasorzytne robaki ssawców i ptaków; nietknięte lub zaledwo rozpoczęte są badania mszyc, wszy i wszołów, szczeciogonków, przylżeńców, roztoczy pasorzytnych i lądowych skorupiaków, robaków z wyjątkiem wspomnianych grup pierwotniaków. Liczba poznanych dotąd w Galicyi gatunków zwierząt wynosi około 11.500, równa się ona może $^2/_3$ rzeczywiście żyjących u nas gatunków.

Omówiwszy po któtce trudności, z któremi faunistyka nasza miała i ma do walczenia, przedstawił referent do aprobaty sekcyi następujące desiderata faunistyki krajowej:

1. Należy dążyć do rozwoju faunistyki naszej przez dalsze zbieranie materyałów, tak w działach zaniedbanych, jak i w tych, w których praca postąpiła mniej lub więcej daleko, ale nie może być uważana nawet w przybliżeniu za skończoną.

2. Nie mniej ważną od zbierania materyałów nowych jest rewizya zbiorów dawniejszych.

3. Należy dążyć wszelkimi sposobami i ile możności, wspólnemi siłami do usunięcia najgłówniejszych niedostatków utrudniających badania faunistyczne, mianowicie braku literatury i zbiorów porównawczych.

4. Ponieważ wiadomości o naszej faunie trafiają się rozprószone w najrozmaitszych dawnych i nowszych pracach, z których tytułów częstokroć nawet domyśleć się nie można, że zawierają daty tyczące się naszego kroju, pożądane jest zestawienie tytułów wszystkich takich dzieł i uzupełnianie go corocznie.

5. Dla uzyskania jasnego obrazu, co dotąd w faunistyce krajowej zrobiono, i jako dyrektywa dla badań w przyszłości, przydatne byłoby zestawienie zwięzłego katalogu wszystkich w kraju znalezionych gatunków zwierząt, z powołaniem się przy każdym z nich na literaturę, i z podaniem rozmieszczania w kraju, niezbyt ogólnikowem, ani też drobiazgowem.

6. W działach fauny w przybliżeniu wyczerpanych pożądane są prace opisowe dwojakiego rodzaju: jedne przeznaczone dla początkujących a umożebniające jak najłatwiejsze i pewne oznaczanie krajowych gatunków, tak zaś zestawione, żeby chroniły od podszywania nowo odkrytych gatunków pod nazwiska znanych już z kraju. Drugie prace miałyby na celu wszechstronne wyzyskanie krajowej faunistyki dla zoografii i geografii zwierząt.

7. Dla działów zaniedbanych należy pozyskiwać siły nowe raczej, aniżeli dla nich odrywać pracowników starszych od działów, w których znacznie postąpili.

8. Opracowując materyały faunistyczne, nietylko starać się należy o wyniki jak najpewniejsze, przy użyciu jak najobfitszej literatury i obcych zbiorów porównawczych, ale nadto przez podanie środków, jakimi się rozporządza, umożebniać innym do pewnej miary ocenę uzyskanych rezultatów, a przez zaznaczanie wszelkich dostrzeżonych niezgodności pomiędzy opisami a oznaczanymi okazami, tudzież pomiędzy okazami obcymi i krajowymi, przyczyniać się w jak najwydatniejszej mierze do postępu zoografii w ogóle.

W obszernej i ożywionej dyskusyi, jaka się rozwinęła nad wnioskami referatu, zabierali kilkakrotnie głos pp. Garbowski, Kulczyński, Niezabitowski, Nusbaum i Wierzejski. Prof. Wierzejski wyraża życzenie, aby referent zechciał sprawozdanie swe na poczytnem miejscu wydrukować, mimo że niektóre daty w niem podane nie są może zupełnie ścisłe, a to celem zachęcenia przyrodników naszych do fizyograficznej pracy, a zarazem poinformowania młodszych

faunistów, w jakich grupach najmniej dotąd pracowano. Prof. Kulczyński oznajmił gotowość ogłoszenia swego referatu w całości, a widziałby znaczniejsze trudności jedynie w uwzględnieniu prac nad fauną ziem polskich pod zaborem rosyjskim, jak tego pragnąłby prof. Nusbaum. Dr. Garbowski kładzie przedewszystkiem nacisk na badania, o ile możności dokładne i cały kraj obejmujące nad geografią i biologią poszczególnych form (n. p. motyli), ich zmiennością w stosunku do rozmięszczenia, do pory roku i t. p., gdyż sądzi, że z tego rodzaju badań metodycznie przeprowadzonych dałoby się wyciągnąć wnioski znacznie donioślejsze i cenniejsze aniżeli daty, w dotychczasowych pracach fizyograficznych przeważnie nagromadzone. Prof. Nusbaum przemawia za szczegółowem zbadaniem całej fauny pewnych ściśle określonych miejscowości n. p. większych stawów i t. p., a to celem dokładniejszego poznania etoologicznych stosunków i wzajemnej zależności zwierząt od siebie; przemawiał też za uwzględnieniem momentów biologicznych i t. zw. »psychicznych« n. p. stosunku mieszkańców gniazd mrówczych do mrówek etc.; dr. Garbowski pragnąłby zaś aby entomologowie, zajmujący się chowem owadów, n. p. motyli, zajęli się też doświadczeniami biologicznemi nad zmiennością form poszczególnych, w duchu Weismanna i Standfussa.

Ostatecznie zgodziła się Sekcya jednogłośnie na 8 punktów wyszczególnionych we wnioskach referenta, a zarazem wyraziła jako punkt 9 potrzebę rozszerzenia odnośnych prac na zjawiska faunistyczno-ekologiczne i ogólno-biologiczne.

Dr. Tadeusz Garbowski (Kraków): **Teorya listków zarodkowych wobec nowych prądów w porównawczej morfogenii.** Referent zestawia wyniki uzyskane w ostatnich czasach w dziedzinie embryologii porównawczej i opierając się tak na rozległej literaturze tego przedmiotu (Braem. A. Brauer, Lwoff, Heymons...), jak i na doświadczeniu własnem *(Protacoelia, Gasteropoda, Leptocardii, Selachii, Aves)*, dochodzi do wniosku, że teorya listków zarodkowych i łączące się z nią teorye morfogenetyczne ani nie odpowiadają naszej dzisiejszej wiedzy szczegółowej, ani nie są dla dalszego toku badań korzystne.

Referent zbija przedewszystkiem gastrealną filogenię i pojęcie »prawa biogenetycznego« E. Haeckla, jako myśli przewodnie, które kierowały dotąd ogromną większością badań porównawczo-rozwojowych. W miejsce morfogenii gastrealnej, chcącej zszeregować wszystkie formy wielokomórkowe w schemat »gastruli«, należy wprowadzić morfogenię, w której historya rozwoju czynności życiowych stanowiłaby kryteryum porównawcze dla zoologa, filogenetyka i biologa. Fizyologia odżywiania i połączona z nią sprawa wzrostu i rozrodu zależą ściśle od każdorazowych stosunków zewnętrznych, wpływają na siebie wzajemnie i rozstrzygają o kształcie tak zarodka, jak i ustroju dojrzałego. Najogólniejsze normy zwierzęcego życia komplikują ustrój w kierunku fałdowania się nabłonków, względnie tkanek enchymatycznych, w przeciwstawieniu do ogólnego typu ustroju roślin, rozwijających swe części składowe na zewnątrz. »Gastrula« jest generalizacyą takich wypadków zwierzęcego rozwoju, gdzie przyszło do wytworzenia archenteronu czyli jelita; nie jest zaś bynajmniej wyrazem monofiletycznego powstania istot wielokomórkowych. Przemawia za tem geneza schizocoelii, istnienie Protacoeliów, larw bez archenteronu i wiele innych faktów. (Schizocoelię lub epibolię możnaby uogólniać dowolnie, z równym skutkiem, jak to uczyniono z gastrulacyą). Cały szereg faktów przemawia również za tem, że stosunki zewnętrzne działają silniej na organizm młody, powstający dopiero z komórki rozrodczej, aniżeli na ustrój dojrzały. To też suma zmian cenogenetycznych w zarodkach jest większą, aniżeli suma zmian t. j. transmutacya formy dojrzałej. Przeważna część podobieństw rozwojowych, branych za wyraz prawa biogenetycznego, polega na przypadkowej konwergencyi cenogenezy. Homologia warstw ciała u poszczególnych zwierząt, przeprowadzona w myśl teoryi listków zarodkowych, nie zgadza się z wymogami filogenii i taksonomii. Tak np. niemożliwym jest system, oparty na cechach mesodermalnej jamy ciała (coelomu). W grupach zwierząt, których wspólność pochodzenia nie ulega wątpliwości, znajdujemy zwierzęta coelomowe i bez coelomu; jama ciała, jako system wydzielniczy, jest postulatem fizyologicznym i może mieć rozmaitą genezę, podobnie jak system trawienia lub rozrodu. Także i homologia systemu naczyniowego jest niemożliwą. Za prawdziwością przyjętych twierdzeń przemawia również zjawisko regeneracyi (przeciw L. S. Schultzemu i uczniowi referenta, Przibramowi), jakoteż pączkowania. Jako tezę wypowiada ref. przekonanie, że między rozwojem zarodka a pączka nie zachodzi kontrast pierwotności i wtórności.

Podczas, gdy pojęcie homologicznych warstw zarodkowych, rozbierane ze stanowiska morfologicznego i fizyologicznego, miało dawniej doniosłą wartość oryentacyjną, dziś traci ono wszelkie znaczenie. Referent jest przekonany, że w zasadzie każda komórka, składająca organizm, posiada właściwości ektodermy, entodermy i mesodermy — podobnie jak je posiada ciało pierwotniaków, które łańcuchem form przejściowych łączą się istotnie z Metazoami — a celem badań jest określenie wpływu, jaki komórki rozwijającego się ustroju na siebie wywierają, i drogi, na jakiej rozwinęła się współczynność komórek (organów) danej formy zwierzęcej.

Programowi tej morfogenii dają się w zupełności podporządkować zadania, jakie stawia sobie t. zw. biomechanika.

Sprawozdanie powyższe na wniosek referenta nie weszło na porządek dzienny.

Prof. Dr. I. Nusbaum. **Wieloszczet wód słodkich.** *(Dybowscela baicalensis nov. gen. nov. spec.)* Przeglądając zbiór robaków Prof. Dybowskiego z Bajkału, odkryłem bardzo interesującą postać wieloszczeta, która stanowi nowy rodzaj. Jest to pierwszy przykład życia w wodzie słodkiej przedstawiciela grupy wieloszczetów *(Polychaeta.)* Robak ma około 7 mm. długości, jest rozdzielnopłciowy, złożony z 12 odcinków, na głowie opatrzony parą czułków i 30—40 prawie wyłącznie prostemi, nierozgałęźnionemi, w dwa pęczki osadzonemi skrzelami. Przynóżki *(parapodia)* jednorzędne; u ich nasady pęczki szczecin grzbietowych (po 15—20 w pęczku), na stronie bocznej haczyki po 7—10 w pęczku. Ciało zróżnicowane na tułów i odwłok (z 3 odcinków złożony.)

Na odwłoku szczecinki (po 6—10 w pęczku) osadzone są na stronie brzusznej, a haczyki (po 36—40 w jednym szeregu) na stronie grzbietowej. Robak wytwarza sobie cienką, błoniastą rurkę, do której przytwierdzają się obce ciałka, przeważnie ziarenka piasku i kamyki. Przewód pokarmowy składa się z przełyku, rozszerzonej części żołądkowej i jelita, tworzącego nieznaczne skręty; odbyt na ostatnim odcinku; jelito otoczone obszerną załoką krwiorośną. Jajniki, względnie jądra, wypełniają całą prawie jamę ciała, podzieloną przez śródjelicie grzbietowe i brzuszne na połowę prawą i lewą.

Referat powyższy objaśnił prelegent demonstracyą odnośnych rysunków.

V Sekcya botaniczna złączona z Sekcyą rolniczą.

I posiedzenie 21 lipca o godz. 5 po południu w Coll. physicum, pracownia zakładu fizyki.

Obecnych osób 20.

Posiedzenie otworzył Prof. Dr. Rostafiński powitaniem członków sekcyi. Przewodniczącym wybrano przez aklamacyę Prof. Dra F. Kamieńskiego; sekretarzem był Prof. R. Gutwiński.

Przewod. Prof. Dr. Fr. Kamieński dziękując za wybór, zaprosił do wygłoszenia odczytów: Dra I. Kosińskiego, i Prof. Dra E. Janczewskiego.

1. Ignacy Kosiński. **Wpływ zagłodzenia, stężenia i składu pożywki, oraz mechanicznych i chemicznych podrażnień na oddychanie i wzrost pleśni.** Energię oddychania oznaczono według ilości wydzielanego CO_2 metodą Pettenkofera—Pfeffera.

Prelegent przeprowadził liczne doświadczenia nad zmianą energii oddychania, powstałą wskutek nagłego odebrania pleśni (*Aspergillus niger*) pożywki i wymycie kożucha grzybowego jużto wodą wodociągową, jużto isotonicznymi rozczynami soli mineralnych lub cukru. Przez wymycie wodą wodociągową lub rozczynami soli mineralnych (NaCl, KNO_3, K_2SO_4) powstające nagle obniżenie oddychania dochodziło do 50% poprzedniej jego ilości, zaś dodanie do tak zagłodzonego grzyba normalnej pożywki spowodowywało natychmiastowy powrót oddychania do pierwotnej wysokości. — Wymycie izot. rozczynem cukru trzcinowego wywoływało słabą (10%) obniżkę oddychania.

Wzrost po wymyciu wodą wodociągową lub izot. rozczynem NaCl ustawał nagle i dopiero po dodaniu pożywki wracał do normalnej swej chyżości; rozczyn cukru, aczkolwiek po wymyciu nim, wstrzymywał wzrost na pewien czas, to jednak tylko chwilowo.

Nagła zmiana koncentracyi pożywki grzyba wywoływała natychmiastowe zmiany w energii oddychania organizmu: zwiększenie stężenia — obniżenie (50%), zmniejszenie zaś koncentracyi — podwyższenie (100%).

Uszkodzenie pleśni przez pokrajanie na liczne części podwyższało oddychanie o 30%.

Sole metali: cynku ($ZnSO_4$), żelaza ($FeCl_3$), manganu ($MnCl_2$) podwyższały energię oddychania w przeciągu paru godzin w najlepszych wypadkach: o 100% (przy 0,002%), 40% (przy 0,06%), 40% (przy 0,05%).

Alkaloidy działały słabiej na podwyższenie energii oddychania; kokaina (0,2%) wzmagała o 15%, zaś strychnina (0,02%) o 19% normalne oddychanie.

Eter w dawkach mniejszych, do 2%, zwiększał, powyżej zaś tej koncentracyi zmniejszał wielkość oddychania. 7% eteru, jakoteż pożywka nasycona tym narkotykiem wstrzymywały natychmiast wydzielenie CO_2 zupełnie albo prawie zupełnie, po czem, — po wymyciu i wypędzeniu par eteru — grzyb umieszczony na normalnej pożywce przychodził po 24 g. dopierwotnego swego stanu.

2. Ed. Janczewski. **Kosmki garbnikowe.** Oprócz cienkich włosków, niemal zawsze jednokomórkowych, napotykają się w rodzaju *Ribes* włoski, raczej kosmki (Villi) główkowe, które w porzeczce czarnej czyli smrodyni i pokrewnych jej gatunkach mają postać tarczek o krótkiej nóżce, wydzielających balsam żółtej barwy, w porzeczce krwistej występują jako znaczne kosmki stożkowate, zakończone okrągławą główką, wydzielającą również ciała aromatyczne, wreszcie w porzeczkach jadalnych, alpejskiej, złotej i w agreście przedstawiają się również jako kosmki główkowe, o trzonie długim, prostym lub nawet gałęzistym, albo też tak krótkim, że ich główki są niemal siedzące. Na tych główkach wydzieliny żadnej niema, przeto ich znaczenie ochronne byłoby wątpliwe, gdyby w ich komórkach nie dało się wyszukać składnika mającego podobne znaczenie.

Tym składnikiem jest garbnik, nader obfity, w komórkach główki, a zwykle nieobecny w trzonie. Autor przypuszcza, że kosmki główkowe, nie wykazujące żadnej wydzieliny u bardzo wielu roślin, muszą być częstokroć garbnikowymi, jak się to pokazało w rodzaju Ribes — i tym swoim składnikiem stanowić obronę młodych organów od wielu zwierząt.

W dyskusyi przemawiali pp. Rothert i Rostafiński.

3) Dr. Janczewski. **Rodzice porzeczki uprawnej.** Wykazawszy niedawno, że nazwą *Ribes rubrum* dotąd oznaczano trzy, całkiem odmienne gatunki, autor stwierdza, że porzeczki uprawne pochodzą od trzech gatunków *R. rubrum*, *R. petraeum* i *R. domesticum*, z których pierwszy rośnie w Europie północnej i wschodniej, w Azyi zaś dochodzi do Oceanu Spokojnego, drugi — jest krzewem górskim w Europie, a w Syberyi schodzi na doliny i sięga po Ocean Spokojny, trzeci zaś jest tylko mieszkańcem Europy zachodniej. Najliczniejsze odmiany ogrodowe wydał gatunek ostatni; mieszańce zachodzą pomiędzy wszystkimi, bez ujmy dla płodności, owszem nieraz z pożytkiem. Autor podaje cechy wzięte z budowy kwiatu, owocu, po części nawet i liści, po których te trzy gatunki łatwo się rozpoznają, i wykazuje, jakim one ulegają zmianom w stanie dzikim i uprawnym.

W dyskusyi brali udział pp. Rostafiński, Rothert, Dębski i Referent.

X Sekcya psychologiczna.

I posiedzenie sekcyi rozpoczęło się 21 lipca o godz. 5.

Prezydujący prof. K. Twardowski.

Sekretarz W. M. Kozłowski.

Z porządku obrad spadły wszystkie zapowiedziane wykłady wskutek nieprzybycia prelegentów na czas.

Przewodniczący zagaił dyskusyą na przesłany przez prof. H. Struvego z Warszawy temat:

Porównanie wszechstronne objawów psychicznych z fizyologicznymi i fizycznymi w celu ścisłego określenia właściwości pierwszych w różnicy od ostatnich.

W dyskusyi na ten temat zabierali głos: ks. Dr. M. Barabarz (z Baltimore), p. Kośmiński, p. Kalinowski (z Warszawy) i W. M. Kozłowski. Toczyła się ona głównie w zakresie kwestyi, o ile rozciągłość może być uważaną za powszechną i wyłączną cechę zjawisk fizycznych.

Przewodniczący proponuje wykład:

Aniela Szycówna (z Warszawy): **Psychologia dziecka wobec psychologii ogólnej i pedagogiki.** Psychologia dziecka jest zdobyczą drugiej polowy XIX w., a dopiero w ostatnim dziesięcioleciu rozwinięto szerszą działalność na tem polu, zwłaszcza w Ameryce. Skutkiem tego zakres jej, metody badania, a nawet nazwa dotąd nie zostały ustalone (w różnych pismach znajdujemy terminy: psychologia dziecka, psychologia wychowawcza, pedologia. Mimo to studya w tym kierunku godne są uwagi i rozpatrzenia, a to z powodu trojakiego swego znaczenia: naukowego, wychowawczego i społecznego. Ze stanowiska naukowego badanie stopniowego rozwoju dziecka ma znaczenie dla psychologii ogólnej, gdyż wykrywa genezę wielu objawów, które u dorosłych znajdujemy w skończonej i bardzo złożonej formie, a tem samem trudniejszej do zre-

alizowania. Ze stanowiska wychowawczego psychologia daje podstawy dla racyonalnej pedagogiki, gdyż niepodobna nikogo wychowywać lub uczyć, nie znając go dokładnie. Ze stanowiska społecznego wreszcie tylko dzięki znajomości psychologii dziecka można będzie uniknąć w przyszłości wielu błędów, które popełniamy często w różnych instytucyach i urządzeniach, mających na celu dobro młodzieży (książki i pisma dla dzieci zabawy i przedstawienia dla dzieci i młodzieży, zakłady dobroczynne ochrony, przytułki itd.) Wśród metod badania dotychczas wywalczyły sobie prawo obywatelskie następujące:

1. Metoda biograficzna t. j. śledzenie za rozwojem psychicznym jednego tylko dziecka od urodzenia aż do pewnego wieku, najczęściej do lat trzech (klasyczne dzieło Preyera, biografia dziecka Darwina, studya Taine'a, Perer'a itd.).

2. Metoda laboratoryjna eksperymentalna, t. j. poddawanie starszych dzieci, uczniów w szkołach pewnym umyślnym doświadczeniom, stosowana dotychczas prawie wyłącznie celem badania zmęczenia umysłowego. (Prace Kraepelina, Elbinghausa, we Francyi Bineta we Lwowie Błażka).

3. Metoda statystyczna, t. j. badanie tego samego objawu u większej liczby dzieci za pośrednictwem ankiet i kwestyonaryuszy. (Badanie nad zasobem umysłowym w Niemczech, w Berlinie, w Annabergu, badania amerykańskie, badania warszawskie Dawida i prelegenta).

Po ukończeniu wykładu zabrał głos p. Maksymilian Schlesinger. Wytknął on trudności i przeszkody, jakie spotyka z rozmaitych powodów badanie dzieci pod względem psychologicznym w rozmaitych okresach ich życia i zakończył wnioskiem tak sformułowanym:

«Sekcya uchwala, aby wniesiona została umotywowana prośba do Rady szkolnej krajowej, aby tak w interesie samej nauki psychologii, jak i dobra wychowania publicznego zachęciła przełożone ochronek dziecięcych, ogródków freblowskich, jakoteż dyrekcye szkół ludowych i wydziałowych do przedsięwzięcia badań psychologicznych nad powierzonymi im dziećmi, komunikując wyniki Radzie szkolnej».

P. E. Korniłowicz znowuż zastanawiał się nad trudnościami badań tego rodzaju, wynikających z niedostatecznej znajomości psychologii wśród nauczycieli i kierowników ochronek. Proponuje wniosek zmierzający ku podniesieniu nauki psychologii w szkołach.

P. Schlesinger proponuje poprawkę do wniosku, nadając mu taką formę:

Prosić Radę Szkolną Krajową, aby już kandydaci na nauczycieli w seminaryach zajmowali się pod okiem profesorów swoich badaniami psychologicznemi nad dziećmi szkółki wzorowej.

Prof. K. Twardowki, przywiązując większą wagę do inicyatywy prywatnej w tej kwestyi proponuje, aby Sekcya uchwaliła: »prosić p. Szycównę o napisanie broszury zachęcającej do dań tego rodzaju i dającej wskazówki jak je czynić. Broszurę tę polecić towarzystwom pedagogicznym do zakupienia w większej ilości egzemplarzy i rozsyłania nauczycielom«.

Wreszcie p. Cybulska proponuje urządzanie peryodycznych zjazdów nauczycieli na kursa popularne psychologii.

Myśl tę proponuje prof. K. Twardowski zalecić stowarzyszeniom zajmującym się urządzaniem odczytów publicznych.

Wszystkie wnioski zostały przyjęte. Prezydujący odczytuje ułożony wspólnie z sekretarzem porządek obrad na dzień jutrzejszy. Posiedzenie zamknięto o godz. 7-mej.

2 posiedzenie rozpoczęte w niedzielę dnia 22 lipca.

Przewodniczący prof. K. Twardowski.

Sekretarz W. M. Kozłowski.

Sekretarz czyta następujący przesłany referat (z Warszawy):

Dr Rafał Radziwiłowicz. **Znaczenie odśrodkowych włókien w dośrodkowych drogach nerwowych.** Badania Ramon y Cajal'a, van Gehuchten'a i innych stwierdziły istnienie w drogach dośrodkowych (czuciowych) włókien nerwowych, o przewodnictwie odwrotnem, od ośrodka ku obwodowi. Zbadano je dokładnie w narządzie wzrokowym: zaczynają się one tam, gdzie kończy się pierwszy etap obwodowej drogi wzrokowej a kończą u początków tej drogi. Istnieją fakty, stwierdzające obecność włókien tego rodzaju i w innych drogach czuciowych. Działanie ich fizyologiczne polega na doprowadzaniu bodźców, powstających w ośrodkach nerwowych do obwodowych narządów odbiorczych, np. siatkówki. Tą drogą narząd obwodowy ośrodkowo pobudzony, staje się wrażliwszym na bodźce zewnętrzne, mniejsze natężenie bodźca wystarcza o wywołania sprawy fizyologicznej; bez tej ośrodkowej podniety do wywołania tej samej sprawy koniecznym byłby bodziec silniejszy. Chorobliwe wzmocnienie pobudliwości tych narządów tłumaczy nam mechanizm powstawania omamów i złudzeń zmysłowych, a fizyologiczne współdziałanie tych narządów w zjawiskach, zachodzących w dośrodkowych drogach nerwowych, mechanizm takich zjawisk, jak widzenie, słyszenie itp. W działaniu tych narządów być może szukać należy także fizyologicznego współczynnika zjawiska psychicznego czynnej uwagi.

W dyskusyi zabierają głos:

Dr. Biegański (z Częstochowy). Zwraca on uwagę na to, że pozorna anomalia, jaką przedstawiają włókna odśrodkowe w narządach zmysłowych, daje się wytłomaczyć z punktu widzenia anatomicznego tem faktem, że siatkówka jest częścią mózgu, włókna zaś nerwu wzrokowego są kojarzeniowemi. Przemawiający uzasadnia to, powołując się na embryologią oka.

Dr J. Kodisowa (z St. Louis, Mo). **Istota pojęć naukowych.** Autorka postawiła sobie za zadanie odpowiedzieć na pytanie: »czy pojęcia naukowe mają wartość transcendentalną?« Od czasów Helmholtza rozpowszechnione jest przekonanie, że pojęcia naukowe są symbolami »rzeczy samych w sobie«. Przekonanie to jest oparte na teoryi spostrzegania (Wahrnehmung), takiej jaka ustaliła się od czasów Kanta. Teorya ta jest błędną, bo opiera się na introjekcyi (tj. wciśnięciu między rzecz, a człowieka, któremu przypisujemy doświadczenie tej rzeczy, wrażenia danej rzeczy, jako jakiejś substancyi psychicznej) i wynikającym z niej dualizmie metafizycznym oraz na hypotezie władz duszy. Po krytycznem wyjaśnieniu intojekcyi, okazuje się prawdziwą inna teorya spostrzegania, którą można nazwać empiriokrytyczną. Autor uzasadnia tę teoryę. Wobec niej teorya pojęć naukowych, jako symbolów rzeczy transcendentnych, nie może się utrzymać. Pojęcia naukowe przedstawiają nie rzeczy, ale w pierwszej linii myślenie o rzeczach, są zatem dopasowaniem myśli do rzeczy. Kryzys jaki obecnie przechodzi nauka, polega na uświadomieniu praw własnego rozwoju.

W dyskusyi zabierali głos:

W. M. Kozłowski zwrócił uwagę na to, że zwrot wśród ludzi nauki ku wyjaśnieniu istoty wiedzy (co już dawno czynili filozofowie) rozpoczął się nie dzięki Avenaryusowi, lecz głównie pod wpływem ruchu neokantowskiego, wywołanego przez dzieło Alberta Langego (Historya materyalizmu). Dalej przedstawiwszy krótko pierwsze kroki myśli filozoficznej w sta-

rożytności, doprowadzające do rozczłonkowania pojęcia bytu, na stronę materyalną i duchową, zaznaczył, że zaprzeczenie tego rozróżnienia byłoby krokiem wstecznym, powrotem do naiwnego hylozoizmu pojęć przednaukowych.

Pani Kodisowa odpowiada na zarzuty, tłomacząc dokładniej swoje założenia.

Dr. Heinrich twierdzi, że kryzys obecny naukowy powstał pod wpływem samych badań naukowych. Wymienia niektóre dzieła naukowe, które to znamionują, nadmienia o neowitalizmie, jako pokrewnym z tym kierunku.

P. E. Kośmiński, kandydat nauk fizyko-matemat. zaznaczył, że w nauce powtarzają się pod nową formą te same pojęcia i to tłumaczy podobieństwo wielu pojęć współczesnych do starożytnych

W. M. Kozłowski robi poprawkę chronologiczną; p. Kodisowa i p. Biegański robią kilka uwag o neowitalizmie, zaznaczając różnicę między nim, jako odnowieniem teoryj XVIII w., a przeobrażeniem w duchu ich pogłębienia pojęć fizycznych. Prof. Twardowski, reasumując dyskusyą, zaznacza, że pomimo różnic punktu wyjścia wszyscy dysputanci zgadzają się co do istoty, t. j. niemożności naiwnego pojmowania świata.

Pro.. Twardowski (ze Lwowa) wygłasza wykład p. t.:

W sprawie klasyfikacyi zjawisk psychicznych. Autor poddaje ocenie krytycznej klasyfikacyą zjawisk psychicznych proponowaną przez Brentana a zmodyfikowaną przez Meinonga i Höflera przyjmującą 4 grupy: 1° przedstawienia, 2° sądy, 3° uczucia, 4° wolą. Podnosząc jej wyższość nad pospolicie przyjętą uznaje wszakże konieczność poprawki. Uzasadnia on szczegółowo przyjęty przez Brentana i wiedeńską szkołę podział spraw myślenia na dwie grupy: przedstawień (Vorstellungen) i sądów. Natomiast nie wydaje mu się poprawnym zaliczanie pragnień, dążeń i pożądań do objawów woli. Zwykle uważane są one za niższy, wola zaś za najwyższy stopień napięcia ich przechodzący w czyn. Źródło błędu tkwi właśnie w tem, że pożądania narówni z aktami woli doprowadzają ostatecznie do pewnych czynności. Pomimo wszakże tego podobieństwa w skutkach istnieje głęboka różnica psychologiczna między pożądaniami a postanowieniami. Postanowienie, mimo pozorów przeciwnych, nie posiada (narówni z sądem) różnic co do intensywności. Prócz tego wszelkie pożądanie da się rozłożyć na czynniki prostsze, należące do poprzednich grup zjawisk psychicznych, a mianowicie: 1° Przedstawienie przedmiotu; 2° przekonanie, że przedmiot ten nie posiada rzeczywistości; 3° przykre uczucia ztąd wynikające; 4° Przeświadczenie, że urzeczywistnienie przedmiotu byłoby połączone z uczuciem przyjemnem. Podobnież rozłożyć daje się i wstręt. Wobec tego pożądania uważać należy za połączenie uczuć z przekonaniami; za uczucia powstające na tle pewnych przekonań.

Zaliczanie pożądań do grupy uczuć pociągnąć musi za sobą rewizyą innych powszechnie przyjętych poglądów, dotyczących skłonności, namiętności, popędów. Mglistość potocznych terminów w tym zakresie przenosi się i do psychologii. Autor proponuje ograniczyć znaczenie tych wyrazów do pewnych dyspozycyi, na których tle powstają uczucia i pożądania. Klasyfikacyi proponowanej autor nie uważa za najlepszą w ogóle, gdyż rozmaite punkta widzenia wymagać mogą rozmaitego podziału przedmiotu. Proponowaną tu autor uważa za najlepiej odpowiadającą wymaganiom metodycznym psychologii opisowej. Może ona uledz zmianom wskutek dalszych badań, a zwłaszcza w zakresie 4-ej grupy (woli).

Głos w dyskusyi zabierają:

Dr. Korniłowicz poddając analizie pojęcie woli, przychodzi do wniosku, że jest ona chęcią wywołującą czyn, chęć zaś jest uświadomionym celem popęd ku niemu. Polski wyraz «wolę» doskonale odzwierciedla ów wybór.

Dr. A. Wyczółkowska wyraża wątpliwość, czy klasyfikacya proponowana może się nadać do psychologii doświadczalnej i zaznacza niejasność pojęcia woli oraz brak prac doświadczalnych nad wolą. Klasyfikacya ta może być dobrą dla psychologii racyonalnej.

Prof. Twardowski zgadza się na niejasność pojęcia woli. Zaznacza, że w jego poglądach niema nic z psychologii racyonalnej. Podkreśla konieczność klasyfikacyi dla oryentowania się i względność każdej z nich.

P. Wyczółkowska odpowiada na zarzuty.

P. Schlesinger solidaryzuje się z poglądami prelegenta.

Dr. Biegański zaznacza doniosłość podziału prof. Twardowskiego na działalność czynną i bierną, zapytuje o stosunek jego poglądów do Wundtowskich.

Prof. Twardowski zaznacza niejasność pojęcia apercepcyi w Wundta. Przedstawienia są podstawą wszystkich innych objawów psychologicznych. Odpowiada na zarzuty p. Wyczółkowskiej i p. Korniłowicza.

P. Kośmiński zaznacza konieczność wyróżnienia elementów psychicznych od zjawisk psychicznych.

Na tem posiedzenie zamknięto o godz. 12.

Sekcya XI anatomiczno-fizyologiczna.

Posiedzenie II. w niedzielę dnia 22 lipca o godz. 9½ przed południem. (Zakład anatomii porównawczej św. Anny 6).

Przewodniczący: Prof. Dr. Beck.

Sekretarz: Dr. A. Bochenek i Dr. S. Maziarski.

Obecnych uczestników 19.

Adam Maryan Przesmycki. **„O barwieniu za życia jądra i protoplazmy“.**

I. Czy jądro komórkowe może się barwić, pozostając przytem żywem, czyli zachowując swe własności życiowe?

Może:

1. Autor miał możność śledzić proces dzielenia się jądra w stanie zabarwionym, i nawet proces mitotyczny. (Komórki zwierzęce. Pasożyty żab: Opaliny, Balantidium, Nyctotherus cordiformis, także niektóre z Rotatoria).

2. Z chwilą gdy następuje śmierć komórki lub całego organizmu, jądro odbarwia się.

II. Co się barwi w żywem jądrze? Różne części składowe jądra barwią się różnie.

1. Barwią się różnie, chromatyna i achromatyna, co widoczne jest doskonale w wypadkach mitotycznego dzielenia się jądra;

2. Barwią się różne składowe części jądra, które się różnie ukształtowały tak pod względem wewnętrznego jakoteż i zewnętrznego ustroju wskutek pewnych fizyologicznych wpływów.

III. Co się barwi w protoplazmie?

Tutaj autor rozróżnia następujące punkty:

1. Barwienie się właściwego podścieliska protoplazmatycznego.

2. Barwienie się ziarnkowatości protoplazmatycznych:

a) Ziarnkowatości protoplazmatyczne, które uwidacznia barwienie za życia w Actinosphaerium Eich.

b) Ziarnkowatości, barwiące się w jajach.

c) Ziarnkowatości, nie barwiące się, a dzięki innych zabarwionych części, widoczniej na jaw występujące.

3. Przykłady ciekawych zjawisk barwnych, odnoszących obecności innych zabarwionych części, widoczniej na jaw występujące.

4. Przykłady ciekawych zjawisk barwnych, odnoszących się do ustroju pewnych organizmów, które

występują na jaw przy użyciu metody barwienia za życia, a których za pomocą innych metod dotychczas nie można było wywołać.

IV. Na jakiej drodze odbywa się proces barwienia za życia — na chemicznej, czy też na fizycznej?

Tego pytania na razie autor nie będzie się starał rozwiązać; przedstawi tylko fakty z doświadczeń chemicznych, z badań porównawczych na żyjątkach z modyfikacyami barwnika Neutralrot'u, przez się dokonanemi, jakteż z samą (wolną) zasadątegoż barwnika, oraz — z badań porównawczych z różnymi barwnikami, — fakty, które rzucają pewne światło na powyższą kwestyę.

Fakty te są następujące:

1. Nukleina łączy się chemicznie z wolną zasadą barwnika.

2. Przez wprowadzenie do Neutralrot'u drogą chemiczną substancyi organicznych, stanowiących, o ile nam dotychczas wiadomo, składowe części jądra, jako to:
kwas fosforowy, nucleina sama, hypoksantyna, oddzielnie, albo łącznie z kwasami: fosforowym i moczowym, można było do pewnego stopnia zmieniać działanie barwnika w znaczeniu biologicznem.

3. Żyjątka, wchłaniające w siebie wszystko, o ile nam dotychczas było wiadomo, drogą osmozy, jakoto Opalina ranarum, barwią się zasadą barwnika (w kryształach), która w cieczy, zawierającej żyjątka, (alkalicznej, — rozcieńczona NaII), od początku do końca doświadczenia nie rozpuszczała się, tak samo, jak samym barwnikiem, Neutralrot'em. Stąd koniecznem staje się przypuszczenie, że żyjątka same w jakiś sposób (prawdopodobnie przez wydzielanie jakiegoś kwasu) kryształy zasady barwnikowej rozpuszczały.

W danym więc wypadku barwnik zostaje wchłaniany na drodze chemicznej.

4. Za pomocą jednego i tego samego barwnika w jednych żyjątkach jądro zupełnie się nie barwi, w innych jeszcze barwi się lecz żyjątko po pewnym czasie zamiera, nie dzieląc się, w innych wreszcie jądro barwi się, dzieli żyjątka dzielą się też i dalej ży ą — wypadki, wskazujące z jednej strony na różne stopnie szkodliwości barwnika z drugiej zaś — iż to rozliczne wchłanianie barwnika przez różne żyjątka zależy zapewne, od różnego specyficznego ustroju jąder; o ile ta zależność może być chemicznej, lub fizycznej natury, trudno teraz rozstrzygać.

W ten sam sposób najłatwiej sobie wytłomaczyć i fakt następny:

5. Za pomocą różnych barwników w jednem i tem samem żyjątku jądro to się barwi, przyczem żyjątko może się dzielić i dalej żyć, to się nie barwi nawet przy użyciu silnych rozczynów barwników; zamiera bez uprzedniego barwienia się jądra.

6. Wp ewnych wypadkach śledzić można zmianę barwy barwnika tak w jądrze (Nyctotherus cordiformis), jakoteż w ziarnkowatościach (Actinosphaerium Eich.), zmianę barwy, która wskazuje na działanie kwasu i tem samem zdradza chemiczny proces.

W dyskusyi zabiera głos Dr. Sosnowski, zwracając uwagę, że niektóre granulacye mogą być wprost osadami, tak roztwór albumoz daje z neutralrotem osad. Następnie prosi o bliższe szczegóły, dotyczące używanych przez prelegenta modyfikacyi barwnika.

Doc. Dr. Siedlecki prosi o wyjaśnienie, co prelegent rozumiał pod wyrażeniem «właściwe podścielisko protoplazmy», czy jest to zdaniem jego ta część protoplazmy, którą uwidocznić można, jako siatkę, czy też w tem «podścielisku» znajdują się także i części rozpuszczone lub strawione wśród protoplazmy.

Prof. Dr. Cybulski zapytuje, czy prelegent nie robił usiłowań otrzymania związku nukleiny z barwnikiem i zbadania jego składu. Przenikanie barwnika nie rozpuszczającego się w rozczynie soli do wnętrza zwierzęcia nie można jednak inaczej sobie wyobrazić, jak przypuszczając, że przecież część barwnika się rozpuszcza; być może, że tu zachodzi już proces elektrochemiczny.

Dr. Bochenek sądzi, że otrzymanie różnego zabarwienia granulacye jednym barwnikiem nie dowodzi bynajmniej chemicznego łączeni2 się względnie zmiany barwnika, lecz jak to Fischer udowodnił, może być wynikiem zanieczyszczenia chemicznego barwika.

Prelegent odpowiada na wszystkie zarzuty, starając się udowodnić swoje zapatrywanie i poprzeć je nowemi jeszcze i licznemi dowodami. Na zakończenie dyskusyi zabiera głos Prof. Dr. H. Hoyer sen. podnosząc niezmierny postęp w histologii, który zawdzięczamy rozwojowi techniki barwienia. Z podniesionym przez Bochenka zarzutem, że różnice w barwieniu są wynikiem zanieczyszczeń barwników samych, nie może się zgodzić, cytując jako przykład swe doświadczenia nad tioniną.

Napoleon Gąsiorowski, (Lwów). **Wpływ przecięcia nerwu, działania kokainy i mechanicznego podrażnienia na budowę ciałek dotykowych Grandrye'go.** Badania przeprowadzał autor na ciałkach dotykowych Grandrye'go w dzióbie kaczki. Przy utrwalaniu materyału posługiwał się płynem Zenkera, Hermanna, nasyconym rozczynem kwasu pikrynowego z sublimatem i z kwasem octowym, przy barwieniu zaś zastosowywał przeważnie metodę M. Heidenhaina (haematoxylina Weigerta, siarkan żelazowo-amonowy) i błękit methylenowy z następowem utrwalaniem Bethego.

Po przecięciu drugiej gałązki nerwu trójdzielnego, zaopatrującego dziób górny widocznym jest po upływie dni 4 rozpad ziarnisty tarczy nerwowej, bez żadnych wyraźniejszych zmian w komórkach dotykowych. Po 6 dniach tarcza rozpada się na ziarenka drobniejsze, a w komórkach dotykowych zanikają równocześnie luki w części środkowej. Całe ciało komórkowe przedstawia wejrzenie siateczki o oczkach większych, beleczkach grubszych, aniżeli w części obwodowej w ciałkach dotykowych normalnych; nadto wymiary komórki znacznie się zmniejszają. Tak więc widzimy, że dopiero po obumarciu tarczy nerwowej rozpoczyna się zanik komórek dotykowych.

Kokaina w roztworze 10% i 20% wprowadzana w ciągu 5—20 minut drogą pendzlowania, nakraplania i wstrzykiwania śródmiąższowego wywołuje przedewszystkiem kurczenie i zbijanie się pierwoszcza w ziarna duże, ciemno barwiące się metodą Heidenhaina i następowe zniekształtnienie ciała komórkowego. Nasilenie zmian tych zależy od koncentracyi rozczynu, jaki na ciałka zadziałał. Najlepszym dowodem, że zmiany te nie są wywołane jakimś mechanicznym urazem, jest zachowanie zupełnie prawidłowej budowy w ciałkach drugiej strony dzióba, na które zadziałano w zupełnie ten sam sposób rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. W tarczy nerwowej powyższemi metodami badania nie udało się żadnych zmian wykazać. Przy wycinaniu skóry z dzióba w ciągu działania na nią kokainą odruchy były zniesione. Po upływie zaś pewnego czasu, w którym odruchy znowu występują, komórki dotykowe przedstawiają prawidłową budowę. Wobec tego, iż zmiany powyższe po kokainie zjawiają się równocześnie ze zniesieniem czucia, z wielkim prawdopodobieństwem przypuścić można, że zmiany opisane są wyrazem

zniesienia funkcyi komórek dotykowych, polegającej na przyjmowaniu i przenoszeniu wrażeń ze świata zewnętrznego na tarczę nerwową.

Po 10 minutowem drażnieniu dzióba zapomocą szczoteczki drucianej zmian żadnych wykazać nie można. Wytłumaczyć dałoby się to tem, że nieznamy budowy komórki dotykowej znajdującej się w stanie zupełnego spoczynku; prawdopodobnie samo już ustalanie wprowadza ją w stan czynny.

W dyskusyi zabiera głos prof. Beck, robiąc zarzut prelegentowi, że użycie rozczynu 10—20% kokainy mogło sprawić, że już wskutek samej koncentracyi rozczynu nastąpić musiało kurczenie się ciałek dotykowych. Należało dla porównania używać rozczynów izotomicznych.

Prof. Hoyer jun. uważa tarczę nerwową między komórkami za główny aparat odbierający wrażenia zmysłowe, gdy tymczasem komórki dotykowe stanowią zapewne tylko przyrządy pomocnicze. Byłoby więc pożądanem przedewszyskiem wykazać zmiany, odbywające się w tarczy pod wpływem kokainy, zanim się wspomni o wpływie kokainy na ciałka dotykowe.

Prelegent odpowiada na zarzut prof, Becka, że sam zaznaczał, że ciśnienie osmotyczne silnego rozczynu kokainy mogło zmiany wykazane wywoływać. Prof. zaś Hoyerowi, odpowiada, że zmian w tarczy nerwowej wykazać mu się nie udało. Że jednak dzieli zdanie tych licznych badaczy, którzy komórkom ciałek dotykowych przypisują jakiś udział w ruchomości przyjmowania wrażeń.

Doc. Dr. M. Siedlecki (Kraków): **O stosunku rozrodu bezpłciowego do rozrodu płciowego.** Prelegent zwraca uwagę na fakt, że pobudka do rozrodu bezpłciowego wychodzi zawsze wprost od komórek rozradzających się; natomiast do rozrodu płciowego potrzeba współdziałania kilku indywiduów, które, wspólnemi siłami, tworzą osobnik (lub osobniki) na nowo zdolny do rozrodu bezpłciowego. Komórki rozmnażające się drogą bezpłciową odznaczają się zatem, zdaniem prelegenta, większą samodzielnością niż te, które muszą przejść cały szereg zawiłych objawów płciowych na to tylko, by znów uzyskać możność rozrodu bezpłciowego.

Bliższe zbadanie objawów płciowych u różnych zwierząt przekonywa, że nie ma tak wielkiej różnicy między rozrodem płciowym a bezpłciowym, jakby się na pozór zdawać mogło. U pewnych gatunków obie te formy rozrodu mieszczą się w jednym cyklu rozwojowym danych zwierząt; u innych, rozród bezpłciowy jest koniecznym warunkiem wystąpienia objawów płciowych; istnieją więc różne formy przejściowe pomiędzy oboma sposobami rozrodu. Prelegent sądzi, że już na podstawie tych danych jakich dostarczyć może obecny stan naszych wiadomości o objawach płciowych u różnych zwierząt, można zestawić szereg stadyów łączących formy rozrodu bezpłciowego z rozrodem płciowym, a udowadnia swe twierdzenie szeregiem przykładów.

Dyskusyi nie było.

XIII A. Sekcya medycyny wewnętrznej łącznie z farmakologią, balneologią i hydroterapią.

W sobotę dnia 21 21 lipca 1900, godzina 4 popołudniu.

Obecnych członków.

Gospodarz: Radca dworu Prof. Dr. Edward Korczyński.

Sekretarz główny: Dr. Wawrzyniec Kędzior.

Sekretarz: Dr. Paweł Radecki (Lwów), Dr. Kazimierz Flis.

Prof. Korczyński wita uczestników i otwiera pierwsze posiedzenie sekcyjne, zawiadamiając że Dr. Maybaum (Łódź) odwołał swój wykład; Dr. Skusiewicz (Łódź) nadesłał rozprawę, którą już przedtem drukiem ogłosił; Dr. Błoński (Spiczyńce) i Dr. Chełmoński (Warszawa) nadesłali rozprawy z uwiadomieniem, że sami przybyć nie mogą. Odczytanie tychże, w myśl regulaminu, czyni zawisłem od uchwały zgromadzonych. Gospodarz sekcyi otrzymał pismo od lekarzy pedyatrów o utworzenie osobnej sekcyi, co też uchwalono, wskutek czego odpadają odczyty stojące w związku z pedyatrą.

Na wniosek gospodarza wybrano prezydyum honorowe:
Prof. Dr. Maixner, (Praga),
Prof. Dr. Baranowski (Warszawa).
Dr. Rejchmann (Warszawa),
Prof. Dr. Gluziński (Lwów).

Przewodnictwo obejmuje Dr. Maixner, udzielając głosu Drowi Pruszyńskiemu (Warszawa) ze zbiorowego referatu: »O ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłumaczą zjawiska skazy moczowej« — na temat: »O powstawaniu i wydzielaniu kwasu moczowego, oraz o wytwarzaniu się złogów moczowych«.

Referent na wstępie zaznacza wielką doniosłość badań, ściśle teoretycznych, na rozwój poglądów co do roli, jaką odgrywa kwas moczowy w ustroju. Dla fizyologii pierwszorzędne znaczenie posiadają badania Woehler'a i Liebig'a (otrzymanie allantoiny, rozłożenie kwasu moczowego na alloksan i mocznik, wykrycie pochodnych alloksanu i wzajemnego pomiędzy niemi stosunku); podstawę zaś, na której oparły się badania nowszych czasów, stanowią prace Baeyer'a, który otrzymał syntezę kwasu pseudo-moczowego.

Powstawanie syntetyczne kwasu moczowego w ustroju referent objaśnia syntezami Horbaczewskiego, Behrend'a i Roosen'a oraz Fischer'a i dochodzi do przekonania, że według wszelkiego prawdopodobieńswa kwas moczowy tworzy się w ustroju na wzór związków uramidowych; wreszcie przedstawia kwas moczowy, jako związek ze skieletem akrylowym, z obu stron którego przyczepia się po jednej cząsteczce mocznika.

Że u ptaków i płazów tworzy się syntetycznie kwas moczowy w wątrobie, najlepszy dowód stanowią doświadczenia Minkowskiego; co się zaś tyczy zwierząt ssących, to do ostatnich czasów uważano, że kwas moczowy wytwarza się z nuklein przy utlenianiu zawartych w nich zasad purynowych, które we wszystkich szczegółach przez E. Fischer'a zostały zbadane.

Prace Horbaczowskiego nad tworzeniem się kwasu moczowego w ustroju miały za punkt wyjścia badania Kossel'a nad nukleinami, oraz fakt, dobrze poprzednio znany, że przy białaczce wydziela się znaczna ilość kwasu moczowego. Horbaczewski otrzymał kwas moczowy ze śledziony cieląt, mieszając po 8 godzinach gnicia miąższ śledziony ze świeżą krwią odwłóknioną; prz braku tlenu zamiast kwasu moczowego można było wydzielić tylko zasady purynowe (ksantynę i hypoksantynę). Wynikało ztąd, że w komórkach śledziony (leukocytach) znajdują się te zasady i że przy utlenianiu zamieniają się na kwas moczowy. Możliwość otrzymania kwasu moczowego w ten sam sposób dla innych narządów stwierdzili: Sadowenij, Formanek i Mrazek.

Referent podaje szczegółowej krytyce teoryi Horbaczewskiego (związek lekocytozy z wydzielaniem kwasu moczowego) i dochodzi do przekonania że w wielu przypadkach związek taki nie istnieje, a w tych razach, gdzie on ma miejsce, nie można sobie wytłómaczyć, dlaczego leukocyty zaraz po ukazaniu się we krwi miałyby ulegać rozpadowi, tembardziej, że są to twory względnie długowieczne (Cardile).

Różne według zdania referenta jest źródło pozostawania kwasu moczowego:

1) rozpad nietylko leukocytów lecz i stałych komórek ustroju,

2) pokarmy, zawierające znaczną ilość nukleiny resp. zasad purynowych.

3) droga syntetyczna, podobnież jak to ma miejsce u ptaków i płazów.

Za tą ostatnią drogą tworzenia się kwasu moczowego w ustoju ssących, przemawia karmienie zwierząt ssących znacznemi ilościami białkowych substancyi, przy czem wydziela się ogromna ilość kwasu moczowego, której w odpowiednim stopniu nie towarzyszy leukocytoza, wreszcie badania ostatnich czasów Spitzer'a, a zwłaszcza Wiener'a, którzy stwierdzili fakt, że w ustroju zwierząt ssących pewne narządy rozkładają kwas moczowy, inne go na drodze syntezy budują, nadto dowiedli, że w jednym i tym samym narządzie u różnych zwierząt, a nawet u jednego osobnika mogą istnieć dwie sprawy jednocześnie, synteza i rozkład wytworzonego kwasu moczowego. Bardzo być może, że przy syntezie kwasu moczowego skielet akrylowy jego cząsteczki powstaje przy spalaniu tłuszczów resp. gliceryny; cząsteczki mocznika tworzą się jako ostateczny produkt azotowej przemiany materyi.

Materyał do sprawy wydzielania się kwasu moczowego, zdobyty w klinice pod wpływem teoryi Horbaczewskiego, a nieraz przy użyciu nieodpowiednich metod badania, referent bynajmniej nie uważa za cenny.

Najpierw nie mamy pewności, czy liczby dotyczące ogólnej ilości azotu resp. mocznika dadzą się porównywać z ilością kwasu moczowego, ani też czy z ilości wydzielanego kwasu moczowego można jakiekolwiek wynieść wnioski kliniczne. Stosunek zasad ksantynowych do kwasu moczowego dałby nam niewątpliwie pewne dane co do stopnia utleniania w ustroju, gdybyśmy posiadali dokładniejsze metody badania.

Tym brakiem metody można objaśnić niezgodność wyników co do obecności kwasu moczowego we krwi w stanach prawidłowych ustroju, jak również co do jego zawartości we krwi przy skażeniu moczanowem. Zastanawiając się nad 3 warunkami dla powstawania złogów kwasu moczowego: znaczną zawartością we krwi, upośledzonem wydalaniem i niedostatecznym spalaniem, uwzględniając prace: Pfeifer'a, Roberts'a, Ebstein'a, Kionki i innych, referent dochodzi do przekonania, że odkładanie się kwasu moczowego w ustroju zależy przeważnie od złego utleniania, od braku oksydazy, wskutek czego nagromadzony w nadmiernej ilości, kwas moczowy wypada z roczczynu, zwłaszcza w miejscach bardziej powolnego krążenia limfy, chrząstkach i ścięgnach, gdzie, czy jako ciało obce (His), czy jako jad (Ebstein) wytwarza nekrozę i zapalenie reakcyjne.

Takim brakiem odpowiedniej oksydazy można objaśnić, dlaczego przy moczówce cukrowej nie spala się cukier w ustroju.

Można przypuszczać, że tak otyłość jak oksaluria i uraturia występują naprzemian u osób, dziedzicznie skażeniem moczanowem obciążonych dlatego, że tkanki resp. narządy nie spalają gliceryny (na wodę i kwas węglany), która jako taka łączy się z kwasami tłuszczowymi, przyczyniając się do odkładania tłuszczu, albo zamienia się na kwas szczawiowy, albo też spala się niedostatecznie i daje skielet akrylowy, który z mocznikiem tworzy kwas moczowy. Ten ostatni nagromadzić się może w ustroju wskutek tego, że w pewnych narządach (wątrobie) dalszemu nie ulega utlenianiu.

W dalszym ciągu na temat skazy moczanowej wygłosił odczyt Dr. T. Dunin (Warszawa), kończąc takowy postawieniem pięciu tez:

1. Ścisła analiza krytyczna nie pozwala na przyjmowanie dyatezy artrytycznej w tym sensie, jak to czynią autorowie francuscy.

2. Nie ma żadnego dowodu na to, aby w chorobach, o których mowa, przemiana materyi była zwolniona.

3. Z badań niedostatecznych moczu, a także we względzie chemicznym są wszystkie analizy w praktyce dokonywane, niedokładne; nie należy zbyt pospiesznie czynić wniosków i zaliczać chorych do kategoryi artrytyków. Lepiej w życiu indywidualnem chorego szukać przyczyny jego stanu chorobowego.

4. Przy dzisiejszych wiadomościach i o dyatezie moczanowej prawa mówić nie mamy.

5. Nieznana jest rola, jaką odgrywa kwas moczowy w powstawaniu dny i kamicy nerkowej.

Przewodnictwo obejmuje Prof. Dr. Baranowski.

Dr A. Sokołowski. (Warszawa). **Objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzegane u osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem.** S. umotywowawszy z punktu widzenia klinicznego powyższy związek, opisuje następujące zmiany:

1) Górny odcinek dróg oddechowych: *a*) w gardzieli — ostre zapalenia bardzo rzadkie, występują przy napadzie pedagry; chroniczne — dość częste, występują pod postacią przerostowych i suchych zapaleń bardzo upartych; w etyologii odgrywają rolę obok artrytyzmu i inne momenty (nadużycie tytoniu, spirytualii etc.); *b*) w nosie — częste katary o formie przerostowej; *c*) w krtani — zapalenie krtani, złogi artrytyczne w chrząstkach krtaniowych (bardzo rzadkie); częste katary krtani, lokalizowane do tylnej ścianki, czasami z przerostem tejże (często przemijające chrypki), wreszcie zapalenia stawów nalewko-obrączkowych krtani współcześnie z artrytyzmem stawów rąk i nóg.

2) Cierpienia oskrzeli: katary oskrzeli występują dość często pod postacią suchych katarów, nieraz u dzieci (dominuje kaszel suchy, duszność i bóle w klatce); katary występują peryodycznie; najczęściej występuje wtórnie rozedma; formy hypersekrecyjne trafiają się rzadziej; astma oskrzelowa, występująca u artrytyków, ma podług autora cechy astmy sercowej (zależnej od cierpienia artrytycznego naczyń), a nie czysto nerwowej, jak niektórzy autorowie twierdzą (Bouchard).

3) Suchoty płucne występują u artrytyków w formie bardzo przewlekłej; charakteryzują się: *a*) objawy dominują nie ze strony dróg oddechowych, lecz ze strony stanu ogólnego lub innych organów (ogólne osłabienie, objawy żołądkowo-kiszkowe, bóle artrytyczne itd.); *b*) sprawa ciągnie się całe lata bez gorączki przy zmianach w płucach, stosunkowo dosyć rozległych; *c*) stan ogólny przeważnie lichy, u niektórych tylko wyjątkowo dobry; *d*) objawy przedmiotowe podobne jak i we phthis'ie włóknistej; sprawa zazwyczaj pozostaje w okresie induracyi, rzadko przechodząc w rozpad, przyczem chorzy mało zwykle kaszlą, duszność mają względnie niewielką i wogóle mało lub nawet nieraz wcale nie uskarżają się na objawy ze strony dróg oddechowych. W rezultacie S. zaznacza ważność tych postaci i potrzebę szczegółowych biochemicznych badań w tym zakresie.

Dr. Biegański Wł. (Częstochowa). **O ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłomaczą zjawiska skazy moczanowej.** Terapia skazy moczanowej, powstała empirycznie już bardzo dawno, lecz dopiero w połowie XIX-go wieku nadano jej racyonalne podstawy

Odtąd praca dłuższy czas nie ulegała żadnym zmianom i dopiero przez Horbaczewskiego nad powstawaniem kwasu moczowego wywołały ruch reformatorski w tym kierunku. — Reforma tutaj dotyczyła przedewszystkiem dyetetyki. — W obec dowiedzionego przez Horbaczewskiego powstawania kwasu moczowego z nukleiny stosunek pokarmów do produkcyi kwasu moczowego przedstawił się w świetle tych badań inaczej. — Badania Doppera i Pfeiffera dowiodły, że dyeta mięsna nie wpływa na zwiększoną produkcyę kwasu moczowego a zatem niema żadnej racyonalnej podstawy do ograniczania dowozu białka w skazie moczanowej. — To była najgłówniejsza zdobycz w dyetetyce skazy moczanowej. Inne szczegóły dyetetyki są dotychczas sporne; spółczesna nauka stara się powiązać podstawy dyetetyki z warunkami leukocytozy trawiennej, ale ponieważ warunki to są mało dotychczas zbadane przeto do dziś przeważa w szczegółach duża różnica zdań.

Pewną zmianę sprowadziły także nowsze badania nad kwasem moczowym i w poglądach na znaczenie alkaliów i wód mineralnych alkalicznych w terapii skazy moczanowej. — Całym szeregiem badań rozmaitych autorów dowiedziono, że alkalia nie wpływają właściwie na produkcyę kwasu moczowego lecz tylko ułatwiają jego rozpuszczalność. Badania Zernera Naidena zdają się przemawiać za tem, że to ułatwienie rozpuszczalności kwasu moczowego występuje na drodze pośredniej przez wstrzymanie rozkładu i powiększenia ilości zasadowego fosforanu sodu, z którym sole kwasu moczowego tworzą prawdopodobnie związki podwójne. — W obec tego połączenia sodu z kwasami organicznymi i kwasem węglowym oraz węglany wapnia i magnu zyskują dziś większe znaczenie w terapii skazy moczanowej. — Sole zaś litu tracą przypisywane im dawniej terapeutyczne znaczenie.

Na zakończenie wspominam o nowszych środkach jako to: piperazina, litydyna, urotropina. — Wszystkie te środki, zachwalone przez wielu autorów, nie ziściły pokładanych w nich nadziei i ostatecznie w terapii skazy moczanowej nie mają i nie mogą mieć wielkiego znaczenia.

Przewodnictwo obejmuje Dr. Rejchman, i otwiera dyskusyę.

Dyskusya:

1. Prof. Dr. Korczyński zapatruje się na skazę moczanową ze stanowiska klinicznego, które nie lekceważąc wcale prac teoretycznych o sposobie wytwarzania się i o znaczeniu w ustroju zdrowym i chorym kwasu moczowego i połączeń chemicznych pokrewnych, przedewszystkiem uwzględnić powinno dotychczasowe ściśle kliniczne prace na tem polu dokonane. Prace teoretyczne i ściśle naukowe, doświadczalne i laboratoryjne, wtedy tylko znaglają klinicystę do porzucenia własnych już nazw i pojęć nosologicznych, jeżeli prace te są już na tym stopniu rozwoju, że wymagają tylko potwierdzenia przy łóżku chorego i w pracowni klinicznej. W przeciwieństwie do tego, teoretyczna strona, dotycząca kwasu moczowego, jest jeszcze tak mało zgodna w zakresie wniosków, do jakich doszła chemia, farmakologia i patologia eksperymentalna, że tej niezgodności nie można na razie przenosić wprost do patologii szczegółowej i na podstawie ściśle teoretycznych zapatrywań negować to, co stwierdza codzienne doświadczenie kliniczne.

Pomimo, że niema dotąd bezwzględnie ścisłych podstaw naukowych, uprawniających do przyjęcia skazy moczanowej, ogólne jednak pojęcie tej skazy pozostać winno na razie w znaczeniu klinicznem chociażby dla tych przypadków, gdzie anamneza i badanie kliniczne wykazuje niewątpliwe znaki nieprawidłowej przemiany połączeń białkowych. W tej samej grupie nosologicznej zatrzymać należy przypadki niewątpliwej dny (Arthritis uratica) ze złogami artrytycznymi w poszczególnych narządach, przypadki przedwczesnej miażdżycy tętnic, dla których innej przyczyny wykazać nie można, rozmaite postacie nerwobólów i zapalenie nerwów i kamicę nerkową, gdzie złogi zawierają przeważnie kwas moczowy lub jego połączenia.

Nagłe usunięcie pojęcia od tak dawna utartego, li tylko przez wzgląd na nieustalone dotąd wyniki prac teoretycznych, sprzeciwia się zresztą względom dydaktycznym i temu stanowisku, jakie zajmuje lekarz praktyczny przy łóżku chorego. Idąc tą drogą trzebaby z daleko większem uprawnieniem zaprzeczyć istnieniu zołzów (Scrophulosis), a gruźlicę rozpadową (Phthisis pulmonum) przenieść do działu ropnicy i posocznicy.

Dla klinicysty ważną rzeczą jest pamiętać o tem, że — nie wdając się w teoretyczną kwestyę wytwarzania się kwasu moczowego z rozmaitych źródeł — rozróżnić należy bardzo ściśle, że wydzielanie się kwasu moczowego nie jest równobrzmiącem pojęciem z wytwarzaniem się takowego. Liczne spostrzeżenia kliniczne wskazują bowiem, że kwas moczowy taksamo jak inne sole mogą ulegać zatrzymaniu się w ustroju. Retencya ta kwasu moczowego, prawdopodobnie zależna od tego, czy ów znajduje się w stanie wolnym, lub też w związkach chemicznych mniej lub więcej ścisłych i w obecności ciał sprzyjających wydalaniu takowego, jest ze stanowiska klinicznego bardzo ważną w tłómaczeniu objawów artrytyzmu. Jak długo nie będzie inaczej udowodnione, klinicysta wierzyć musi w pewien współudział mocznika i fosforanów zasadowych w zapobieganiu, by kwas moczowy nie zatrzymywał się w ustroju.

Z licznych teoryj klinicznych prof. Korczyński skłania się zasadniczo ku teoryi Pfeiffera i Naunyna, tak pod względem patogenezy, jakoteż leczenia.

Ze stanowiska leczniczego prof. Korczyński wielkie znaczenie przypisuje ruchliwemu życiu, usunięciu wszelkich napojów wyskokowych, unikaniu potraw mięsnych, osobliwie mięsa wołowego i wszelkich rosołów i bulionów, zawierających tak sporą ilość istot wyciągowych, a natomiast zaleca chorym swoim dyetę naturalną i jarzynową z dodatkiem miernym potraw mącznych. Ze środków i zabiegów leczniczych wierzy w działanie wód alkalicznych i kąpiel solankowych, błotnych, mułowych i siarczanych przy równoczesnem wypełnieniu wszelkich wskazań indywidualnych i zabiegów lokalnych.

Zupełne wzbronienie podtraw mącznych i cukru uważa jako przesadę.

Prof. Gluziński uznaje potrzebę przyjęcia pewnej nazwy, celem porozumienia się, jak np. »skazy moczanowej«, którato nazwa do niczego nie zobowiązuje.

Aczkolwiek nie znamy dokładnie, jak i skąd się wytwarza kwas moczowy i jaki jest stosunek kwasu moczowego do artrytyzmu — mimo to trzeba przyjąć zdanie francuskich badaczy, że w przemianie materyi tkwi podstawa dla tej choroby.

Zmiany zapalne w krtani, w oskrzelach, jakoteż dychawica oskrzelowa, w tej chorobie względnie często się przydarzają.

Co do leczenia zaleca mleko i jarzyny — i nie zgadza się z Noordenem — jakoby obojętnie było dla artrytyków, jakiego używają mięsa.

Dr. Czarkowski przytacza przypadek kazuistyczny artrytyzmu, w którym po bezskutecznem różnorodnem leczeniu, 15 injekcyj sperminy Poehla zupełnie bóle usunęły — a po 2 miesiącach pacyent czuł się zupełnie zdrowym. Po roku stan zupełnie dobry; kwas moczowy przejściowo się pojawia, bólów jednak wcale nie ma.

Doc. Dr. Wiczkowski (Lwów) podziela zdanie prof. Dra Gluzińskiego. W szczególności podnosi przypadki neurastenii u artrytyków, którą leczy się bardzo dobrze w Karlsbadzie. Wody alkaliczne działają korzystnie, sprowadzając diurezę, ten sam jednak skutek można uzyskać i za pomocą środków moczopędnych (Urea, diuretyna). W praktyce prywatnej mógł się przekonać, że pojawienie się kwasu moczowego poprzedza cukrzycę.

Dr. Biernacki (Warszawa) podnosi, że dawniej bardzo często rozpoznawano skazę moczanową, gdzie obecnie rozpo-

znaje się histeryę lub neurastenię; jest przeciwny używaniu nazwy »skazy moczanowej«, bo ta mimowoli zwraca uwagę na kwas moczowy.

W chorobie tej są pewne zaburzenia w ustroju, a bóle powstają wskutek złego chemizmu ustroju.

Dr. Staniewicz (Wilno) jest zdania, że nie ilość i jakość pokarmów, ale sposób życia i utrzymanie równowagi fizyologicznej organizmu, ma większe znaczenie. Jako przykład przytacza kupców rosyjskich, którzy dobrze i obficie się odżywiają, przejadają bowiem po 15.000 rubli rocznie, lecz prowadzą życie czynne i piją do 30 szklanek herbaty dziennie. Ci na podagrę nie cierpią; ta duża bowiem ilość wody przepłukuje dostatecenie organizm.

Dr. Pruszyński obstaje nadal przy zapatrywaniach w prelekcyi wygłoszonych, w szczególności zaś podnosi konieczność przyjęcia tworzenia się syntetycznie kwasu moczowego w organizmie. Wreszcie podnosi niedostateczność dotychczasowych badań klinicznych.

Dr. Dunin uważa rzecz o enzymach za hipotezę, tożsamo uważa za niedowiedziony pogląd na żywiowość leukocytów. W ostatnich czasach dotyczące badania, na których się opiera, przeprowadzali chemicy.

Nie uznaje związku między mocznikiem a kwasem moczowym, w szczególności jest przeciwnym przyjęciu nazwy skazy moczanowej; uważa ją wręcz za szkodliwą, albowiem ona nadaje pewien szablonowy kierunek w leczeniu.

Dr. Sokołowski zaznacza względnie rzadkość pojawiania się dusznicy oskrzelowej w przebiegu skazy moczanowej.

Przewodnictwo obejmuje Prof. Dr. Głuziński (Lwów).

Z powodu późnej pory a dużej liczby zgłoszonych odczytów uchwalono nie odczytywać nadesłanej rozprawy Dra A. Chełmońskiego (Warszawa) p. t.: »Wpływ podniet nerwowych na przebieg gruźlicy«.

Z kolei udziela Przewodniczący głosu Drowi A. Simonowi.

Dr. Al. Simon. (Wiesbaden): **Kilka wskazań do użycia atropiny w medycynie wewnętrznej.** Farmakologia atropiny. Atropina jako odtrutka morfiny. Atropina, a pilokarpina. Leczenie atropiną nadmiernego pocenia się oraz ślinotoku. Atropina w chorobach żołądka. Atropina w chorobach serca. Leczenie atropiną dychawicy zwł. siennej.

Dyskusya:

Dr. Rejchman (Warszawa) nie zgadza się z prelegentem, aby atropina miała zmniejszać znacznie kwasotę żołądka; a choćby zmniejszała to chyba tylko na bardzo krótki czas.

Dr. Rejchman nigdy nie zauważył pod tym względem dodatniego wpływu atropiny.

Prof. Dr. Korczyński (Kraków) jest również tego zdania, co Dr. Rejchman. I w celach dyagnostycznych nie przypisuje atropinie większego znaczenia, przy czem wspomina o doświadczeniach, jakie Dehio z Dorpatu przeprowadził z atropiną, celem rozpoznania różniczkowego przyczyn chorobowych w układzie centralnym a w samym mięśniu sercowym, o ile to dotyczy chorób sercowych.

Dr. Kędzior (Kraków) nie przeczy pewnej wartości leczniczej atropiny w dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale), podnosi jednak tylko względną jej wartość i tak obserwował dwa przypadki chorobowe, w których w czasie napadów injekcye atropiny zupełnie zawiodły, natomiast injekcye morfiny działały korzystnie. I dłuższe podawanie atropiny nie wydało w tych przypadkach oczekiwanego skutku.

Co do użycia atropiny w celach dyagnostycznych, to Dr, Kędzior zauważył w jednym przypadku chorobowym istotnie pewną wartość.

Dotyczyło to chorej klinicznej z bradykardią, u której liczba tętna wahała między 24—28 uderzeń na minutę, a po zastrzyknięciu 0·001 atropini sulfurici wcale się nie podniosła.

Przyczyna bradykardii w tym przypadku spoczywała w samym mięśniu sercowym (mycorditis chronfibrosa).

Sekcya XIII B. pedyatryczna.

Posiedzenie I w niedzielę dnia 22. lipca o godz. 9 przed południem. (Coll. novum. Sala 36).

Gospodarz Sekcyi prof. Jakubowski powitawszy Zgromadzenie, wyraża zadowolenie, że pedyatrya na obecnym Zjeździe została oddzieloną od medycyny wewnętrznej, a to tem bardziej, że po raz pierwszy pedyatrya na Zjazdach naszych będzie obradować jako osobna sekcya. Po zagajeniu tem, zaprasza na przewodniczących p. Dra Kramsztyka Juliana z Warszawy Dra Kwaśnickiego i Dra Murdzieńskiego z Krakowa.

Przewodniczący: Dr. Kramsztyk z Warszawy.

Sekretarze: Dr. Jan Landau z Krakowa, Dr. Maryan Roszkowski z Warszawy.

I. Józef Brudziński. **O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt.** W zaburzeniach przewodu pokarmowego niemowląt infekcya może być pierwotną, zewnętrzną (ectogene Infection Escherich'a) i być za tem przyczyną par excellence cierpienia przewodu pokarmowego, lub też może być wtórną, wewnętrzną (endogene Infection), czyli stanowić przyczynę podporządkowaną. Z czynników infekcyi zewnętrznej wymienić należy głównie streptokokka. (Streptokokkenteritis); bac. pyocyaneus. Niekiedy lecz znacznie rzadziej występować w tej roli mogą bact. Coli (Colicolitis Escherich'a): epidemye żłobkowe opisane przez Lesag'ea i proteus vulgaris (Gastroenteritis ex proteus vulgaris Booker'a).

Zapatrywanie się Lesagéa na Bact. Coli jako naczynnik wszechwinny cierpień przewodu pokarmowego niemowląt prawie jednozgodnie jest odrzucone. Postacie infekcyi zewnętrznych są zaraźliwe, potęgują się nieraz do małych epidemij w zakładach dla niemowląt.

Czynnikami infekcyi wewnętrznej są bakterye, przebywające zwykle w kanale kiszkowym, należące do wegetacyi normalnej — bact. coli com. i gatunki pokrewne, lub pasożytnicze przypadkowe jak bakterye proteolityczne. Gdy jednak organizm dziecka jest wyniszczony przez cierpienia przewodu pokarmowego lub inne, ulega on łatwo wtargnięciu różnego rodzaju bakteryj nie tylko przez przewód pokarmowy, lecz prawdopobnie i przez drogi oddechowe i skórę.

Ważny punk stanowią powikłania w innych organach przez bakterye z przewodu pokarmowego (Pneumonie d'origine intestinale Sevestre'a, cystitis i t. d.).

W poglądach klinicznych, powstałych na gruncie teoryi o wpływie bakteryi zauważyć się dają dwa kierunki. Pierwszy z nich (Baginsky i jego szkoła) znaczenie bakteryi z punkta widzenia infekcyi zewnętrznej sprowadza do minimum, przypisuje główne znaczenie przekarmianiu z jego skutkami; nadmierne ilości mleka w przewodzie, nie mogąc być należycie przetrawione podlegają pod wpływem zwykłej flory bakteryjnej rozkładowi, co wytwarza produkty amoniakalne. Te ostatnie przez podrażnienie błony śluzowej wywołują gastroenteritis acuta z jej różnorodną symptomatologią (Amoniakalische, alkalinische Gährung). Czerny, wychodząc z tego samego punktu widzenia (fermentacyi zewnętrznej), różni się od szkoły Baginsky'ego co do natury zatrucia, które zdaniem Czerny'ego jest typu kwasowego (Säureintoxicotion).

Drugi kierunek badań, nie zaprzeczając że istnieją zaburzenia przewodu pokarmowego wskazanego wyżej pochodzenia, stara się wykazać iż znaczna część cierpień przewodu pokarmowego niemowląt powstaje wskutek działania pewnych bakteryj obcych. W tym

zakresie wyliczyć należy prace Escherich'a, Bookera i innych. Bakterye te obce (Streptococcus, pyocyaneus, proteus i t. d.) przedostają się z pokarmu, powietrza, jamy ustnej i t. d.

Wogóle, jak dotąd, nie można na zasadzie obrazu klinicznego wnioskować o wywołaniu cierpienia przez tę lub inną bakteryą. Nie można przeprowadzić ścisłej zależności między postacią kliniczną i czynnikami bakteryologicznymi. Niektóre jednak objawy pozwalają przypuszczać możliwość pewnego stanu bakteryologicznego, n. p. obecność małych wybroczynek, stanu gorączkowego, przebieg ostry przemawiają za infekcyą streptokokkową, obecność pęcherzyków wybroczynowych za infekcyą pyocyaneusową, cuchnąca woń stolców za sprawę gnicia pod wpływem proteusa. Przebieg przewlekły przemawia za stanem bakteryologicznym powikłanym. Nie można również wnioskować o stanie bakteryologicznym na zasadzie podanego pożywienia, jedynie karmienie nieodpowiednie, przedwczesne, innymi pokarmami nie mlekiem pozwala wnioskować o fermentacyi gnilnej pod wpływem stanu bakteryologicznego powikłanego.

Z zastrzeżeniem powyższem nie będzie jednak zbytecznem przytoczyć poglądy klasyfikacyjne niektórych autorów — Czerny'ego i Marfan'a.

Czerny uważa, iż gastroenteritis w wieku niemowlęcym należy być uważana jako choroba infekcyjna ogólna, jako taka powinna być oddzielona od tych cierpień przewodu pokarmowego, które pozostają umiejscowione w przewodzie pokarmowym. Tym postaciom Czerny nadaje miano dyspepsia. Francuski klinicysta Marfan dzieli zaburzenia przewodu pokarkarmowego u niemowląt na: 1) gastroenteritis dyspeptica, 2) gastroenteritis infectiva, 3) gastroenteritis toxica, 4) gastroenteritis secundaria (po różnych chorobach, jak odrze, bronchopneumonii i t. d.)

Ważnym bardzo czynnikiem przy badaniu bakteryologicznem chorób przewodu pokarmowego niemowląt jest metoda barwienia, podana przez Eschericha, polegająca na barwieniu gentianaviolet, odbarwianiu jodem i Anilinöl-Xylolem, zabarwianiu następczem fuchsyną. Na preparatach, zabarwionych tą metodą, już pod drobnowidem można sobie wyrobić niekiedy pojęcie o czynnikach bakteryologicznych (Streptokokkenenteritis, Colicolitis i inne). Pomimo wszystkich braków i niedopowiedzeń, jakie istnieją w tem nowem pojmowaniu zaburzeń przewodu pokarmowego u dzieci, mianowicie z punktu widzenia bakteryologicznego, faktem jest niezbitym, iż posunęły one znacznie naprzód nasze wiadomości w tym zakresie i wyświetliły już dotąd wiele ciemnych kwestyj. Znaczenie tych badań jest nietylko teoretyczne, lecz zarazem i praktyczne, co się odbija na leczeniu współczesnem chorób przewodu pokarmowego u niemowląt (dyeta wodna, podawanie drożdży piwnych, kefiru, hodowli bact. lactis aërogenes w serwatce, serwatki i t. d.). Najważniejszym jednak skutkiem poglądów bakteryologicznych na choroby przewodu pokarmowego u dzieci jest zmiana całego systemu szpitalnictwa dla małych dzieci (zniesienie sal ogólnych, oddzielne pawilony, oddzielne szafki z utensyliami i t. d.). Te wszystkie środki, wypływające z poglądu, że przewód pokarmowy dziecka jest doskonałą pożywką dla bakteryj, bez wątpienia oddają nieocenione usługi.

Dr. Maryan Roszkowski (Warszawa). **Przyczynek do nauki o odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci nadtlenkiem wapna** (*gorilem*). Nadtlenek wapna ($Ca O_2$) przedstawia się w postaci proszku biało-żółtawego nie rozpuszczalnego w wodzie o smaku osuszającym. Doświadczenia prof. M. Nenckiego, I. Zaleskiego i Karuzasa stwierdziły, że pod wpływem żółci, soku żołądkowego i trzustkowego z ($Ca O_2$) wydziela się wolny tlen, który *in statu nascendi* posiada własności odkażające. Przeprowadziwszy trzy serje doświadczeń z nadtlenkiem wapna u dzieci, przyszedł do następujących wniosków: 1) $Ca O_2$ działa nader skutecznie u dzieci przy *dyspesia acida*, gdzie mamy podwojne działanie: z jednej strony wapna z drugiej dezynfekcyjne działanie tlenu;

2) w przypadkach kataru kiszek u dzieci nadtlenek wapna wywiera niewątpliwie wpływ odkażający, o czem można wnosić z jednej strony na podstawie określania indykanu i kwasów eterosiarczanych, z drugtej strony na podstawie objawów klinicznyoh,

3) przy stosowaniu $Ca O_2$ w dwóch tylko przypadkach na 49 obserwowanych zauważył zjawienie się wymiotów, które jednak po zmniejszeniu dawki ustępowały; innych pozatem ubocznych ujemnych wpływów nie zauważono.

4) Stosowany preparat $Ca O_2$ powinien zawierać przynajmniej 80 ctm. sześ. tlenu, w przeciwnym bowiem razie działanie jego jest mało skuteczne.

Dr. Jan Landau (Kraków). **O sztucznem karmieniu noworodków.** Po omówieniu ważności wyboru odpowiedniego pokarmu sztucznego dla noworodków, rozróżnia L. trzy rodzaje tego pokarmu: 1) Mączki, grzanki *(Zwieback)* i podobne przetwory. 2) Rozmaite rodzaje mleka zwierzęcego i 3) Konserwy mleka i przechodzi kolejno pojedyncze metody sztucznego karmienia.

Dyskusya:

Dr. Raczyński w sprawie podziału ze stanowiska klinicysty chorób przewodu pokarmowego. Trzyma się podziału Czernego. Dyspepsye ostre i chroniczne tj. sprawy ograniczone do przewodu pokarmowego i sprawy zapalne (gastroenteritis) z zakażeniem ogólnem *a)* drobnoustrojowem, *b)* chemicznem.

Dr. Jakubowski nadmienia *ad* 1) że do powikłań występujących w przebiegu chorób kiszkowych na tle drobnoustrojów — należy także zapalenie błony śluzowej pęcherza (Cystitis). Cierpienie to spostrzegamy częściej u dziewcząt — gdyż przy zanieczyszaniu się w obfitości (bacterium Colli commune) u nich prątki te łatwiej przez krótką cewkę moczową do pęcherza dostać się mogą.

ad 2) Spodziewać się należy, że gorit zajmie poczytne stanowisko w rzędzie środków używanych do zwalczania chorób kiszkowych i zastąpi tak rozpowszechnione i przez dawnych pedyatrów cenione, używanie wody wapiennej, którą w porze letniej, przy sztucznem żywieniu dzieci, dodaje wielu lekarzy do mięszanek mlecznych w małej ilości, nawet u dzieci zdrowych w celach profilaktycznych.

ad 3) Przy sztucznem żywieniu dzieci, najodpowiedniejszem byłoby stosowanie mleka oślego, lecz, jak okazały dotychczasowe próby, koszta wyrabiania takowego są bardzo duże i utrudniają głównie rozpowszechnienie się tego sposobu żywienia.

Dr. Jan Przychodzki (Radom) w sprawie wykładu kol. Roszkowskiego. Niech mi wolno będzie z 40-letniej praktyki szpitalnej i prywatnej nadmienić, że przy użyciu wody wapiennej dochodziłem nawet w rozpaczonych wypadkach do świetnych wyników w 1000 przeszło wypadkach, lecz należy podawać wodę wapienną z mlekiem zbieranem, dodając do łyżki mleka łyżkę wody wapiennej, lecz warunek konieczny nie częściej jak łyżkę co 2 godziny, w miarę zmniejszania się ilości wypróżnień powiększać o jedną łyżkę mleka więcej i można dojść na dobę do półtora litra. Gdy stolce zaczną przyjmować konsystencyę nieco gęstszą, dodawać do tego $^1/_{10}$ część bułki suszonej (grzanki), lecz nie maczać jej w mleku podawanem, ale osobno do ręki dziecka, które wtedy chętnie jada.

Przy takiem stosowaniu wody wapiennej odżywianie się poprawia, stolce się alkalizują i absorbacya mleka łatwo następowała i organizmy uważane za stracone przychodziły do zupełnego zdrowia.

Kol. Offenberg: Przy zaburzeniach kanału pokarmowego u dzieci często bywają wymioty, które udaremniają wprowadzenie wszelkich leków. Wówczas leczyć trzeba sam żołądek, usunąć wymioty. Na to mamy 2 środki: dyeta absolutna i przemywanie żołądka.

Przytaczam przypadek z praktyki prywatnej, nasuwający przypuszczenie, czy nie jest sól kuchenna też dobrym środkiem przeciwko wymiotom.

Dziecko około 2 lat miało silne wymioty i biegunkę, nie ustępującą żadnym środkom. Rozwinęły się objawy upadku sił. Wowczas dziecko, spostrzegłszy sól kuchenną na stole, zaczęło chciwie ją jeść. Wymioty ustały zaraz, równie z tem dziecko przestało się domagać soli.

Czy środek, instynktownie przez małe dziecko zażądany, nie jest rzeczywiście dobrym lekiem przeciwko wymiotom dziecięcym.

Dr. Gertler. Co do powikłania narządu oddechowego u dzieci cierpiących na enteritis chronica Escherich wykazał. że znajdują się przy katarach kiszkowych w wydzielinach tak błony śluzowej, jak i kępkach Pajera, krótkie paciorkowce.— Zupełnie podobne wyniki otrzymali: prof. Dr. Ciechanowski i Dr. Nowak przy czerwonce; zapytuję, czy nie jest możliwe, aby te paciorkowce dostały się do ogólnego krążenia i znajdując dobrą glebę w narządzie oddechowym, tam się osiedlają?

Jeśli uwzględnimy nadto, że z powodu znacznego osłabienia ustroju i akcya serca jest osłabioną, będziemy mieli lepszy grunt, w którym te drobnoustroje się rozwijają i, jak to moje doświadczenia wykazały mogą one przyjąć charakter i wejrzenie pneumokokowe Fraenkla i tem samem wywołać zapalenie płuc.

Jul. Kramsztyk zwraca również jak i kol. Raczyński uwagę na ważność podziału chorób kanału pokarmowego według pewnego szematu, co zwlaszcza w praktyce szpitalnej i ambulatoryjnej jest ważne.

Klasyfikuje choroby te mniej więcej jak Marphan w Paryżu na: 1) *dyspepsia (gastro-enterite dyspeptique);* 2) *enteritis* i *gastro-enteritis acuta (gastro-enterite infectieuse cholera aestiva);* 3) *enteritis chronica* i 4) *dysenteria.* Oprócz tego rzadsze postacie *enteritis toxica, secundaria* itp. Co do nadtlenu wepna Dr. Kramsztyk nie wątpi że jestto preparat działający odkazająco, ale trudność otrzymania dobrego preparatu, obfitującego w tlen i możliwość wywołania wymiot utrudnia użycie tego preparatu.

W sprawie żywienia sztucznego niemowląt Kramsztyk wbrew przypuszczeniom prof. Jakubowskiego sądzi, że obecnie po przekonaniu się, że sterylizacya mleka nie dała tych wyników oczekiwanych w zapatrywaniu się na żywienie dzieci — owszem istnieje raczej skłonność do powrotu do żywienia naturalnego. Tu głos lekarzy, pracy, towarzystw hygienicznych itp. mają wpływ, przeważający i w tem kierunku działać winniśmy.

Korybut Daszkiewicz do klasyfikacyi chorób przewodu pokarmowego u dzieci, proponowanej przez kol. Kramsztyka uważa za stosowne włączenie pominiętego *enteritis follicularis* jako jednostki bezwzględnie klinicznie i anatomopatalogicznie odrębnej od *dysenteryi.*

Enteritis follicularis właśnie należy do może najłatwiej dającej się rozpoznać form chorób przewodu pokarmowego i kliniczne rozpoznanie zawsze niemal znajdzie podtwierdzenie w rezultatach sekcyi.

Przeciwnie postawienie ścisłej granicy klinicznie między między *dispepsia* i *gastro-enteritis* jest nieraz niesłychanie trudne, t. j. nie mamy często na podstawie danych klinicznych żadnej możoności powiedzenia kiedy się kończą sprawy niestrawnościowe, a kiedy już rozpoczyna właściwą katar przewodu pokarmowego; a jednak tej sprawy rozstrzygnięcie jest rzeczą ważną i wartą odpowiedniego opracowania.

Kol. Roszkowski wyrażając uznanie dla pracy kol. Brudzińskiego, zwraca uwagę na pominięcie między bakteryami wywołującemi katary kiszek bakteryi wywołujących biegunkę zieloną *(baccillus viridis).* Nad bakteryami temi mowca pracował wraz z Drem Roszkiewiczem i otrzymał czyste kultury. Biegunka ta występuje epidemicznie nie każdego roku. Bakterye te znajdują się wtedy w mleku pewnych obór i w wodzie studziennej. W odpowiedzi kol. Kramsztykowi i koledze Offebergowi kol. Roszkowski zazuacza, że nieuwaąa goritu jako specyalnego środka na wszyskie sprawy kiszkowe, lecz tylko na te, o których wspomiał w odczycie.

Wkońcu zabiera głos Dr. Roszkowski.

Dr. Raczyński uważa za najlepszą klasyfikacyę chorób przewodu pokarmowego u niemowląt, podaną przez Czerny'ego.

Klasyfikacya ta jednak nie jest odpowiednią, gdyż podział na *dispepsye* i *gastroenteritis* nie odpowiada warunkom realnym. Cierpienia przewodu pokarmowego umiejscowione w samym przewodzie pokarmowym odbijają się zawsze na żołądku i kiszkach, zasługują więc na nazwę *gastroenteritis* choć nie wywołują infekcyi ogólnej. Nazwa *gastroenteritis* powinna być nazwą zbiorową dla wszystkich zaburzeń. Z tego też względu więcej na uznanie zasługuje klasyfikacya Marfan'a na: 1) *gastroenteritis dyspeptica;* 2) *gastroenteritis infectiva,* gdzie mieści się również i dysenterya i mniejszej już wagi; 3) *gastroenteritis toxica* i 4) *gastroenteritis secundaria.* Klasyfikacya wspomniana przez kol. Roszkowskiego jest zbyt zdaje się skomplikowaną.

Środek zalecany przez kol. Roszkowskiego do desynfekcyi kanału kiszkowego niemowląt może i oddaje rzeczywiste usługi przy *dispepsia acida* według nomenklatury autora, lecz wogóle środki desynfekcyjne nie zdają się wywierać tak zbawiennego wpływu w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Większe znaczenie chyba posiada opróżnienienie żołądka i kiszek *(grand lavage* autorów francuskich).

Prof. Jakubowski postawił zbyt smutne horoskopy karmienia niemowląt, twierdząc, że zmierza ono bezwarunkowo ku karmieniu sztucznemu i niema rady na przywrócenie nief mowlętom naturalnego pokarmu. Naszem zdaniem, działalność pedyatrów może dużo dobrego zrobić, agitując za karmieniem piersią matki. Wśród inteligencyi da się dużo zrobić, bo wiele kobiet nie karmi nietylko dlatego że nie mogą, lecz i że nie chcą, lub tego nie rozumieją. We Francyi są specyalne fundusze dla biednych matek, chcących karmić swe dzieci. W tym kierunku powinniśmy pójść i u nas, jest to zaszczytne zadanie dla pedyatrów i źródło prawdziwej filantropii dla społeczeństwa.

XIV b). Sekcya laryngologiczna i otyatryczna.

1. Posiedzenie w sobotę 21 lipca 1900 r.

Obecnych 15.

Gospodarz prof. Dr Pieniążek zaprosił na przewodniczącego Dra Herynga (Warszawa).

Sekretarz: Doc. Dr Baurowicz.

1. Sprawozdawca Dr Sędziak na zjazd nie przyjechał, streszczenie jego wykładu odczytano:

Dr. Jan Sędziak (Warszawa). **O leczeniu gruźlicy krtani. Rzut oka na rozwój nauki o leczeniu gruźlicy krtani i jej wyleczalności.** Okresy: 1 terapeutycznego nihilizmu od czasów najdawniejszych do roku 1880 tj. do wystąpienia M. Schmidt'a, który dał podwalinę chirurgicznemu leczeniu t. zw. suchot krtaniowych; 2) skrajnego entuzyazmu, obejmujący okres czasu od r. 1880 do 1890, a będący następstwem energicznej propagandy Herynga: wreszcie 3) okres równowagi względnie trzeźwej krytyki datuje się od wystąpienia Schroettera na zjeździe międzynarodowym w Berlinie w r. 1890 i obejmuje ostatnie dziesięciolecie. W okresie tym zwłaszcza rok 1894 odgrywają ważną rolę: jest to data XI zjazdu międzynarodowego w Rzymie, na którym kwestya leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani sprowadzoną została na właściwy poziom.

Wogóle w ostatnich czasach daje się zauważyć z jednej strony tendencya do leczenia konserwatywnego t. j. farmaceutycznego gruźlicy krtani, z drugiej zaś strony odnośnie do leczenia chirurgicznego tego cierpienia, zabiegi zewnętrzne, zwłaszcza laryngofissura zaczynają sobie zyskiwać coraz więcej zwolenników jako metody najbardziej radykalne t. j. zabezpieczające od nawrotów cierpienia.

Leczenie gruźlicy krtani: ogólne i miejscowe; to ostatnie dzieli się na: farmaceutyczne, chirurgiczne wewnątrzkrtaniowe i rękoczyny zewnętrzne (laryngofissura, rezekcya całkowita, lub częściowa).

Leczenie ogólne gruźlicy krtani wzgl. płuc.

a) klimatyczne *b)* wodami mineralnemi *c)* hygieniczno-dyetyczne *d)* rzekomo-swoiste surowica Kocha i farmaceutyczne (kreozot i t. p.).

Leczenie miejscowe gruźlicy krtani, (farmaceutyczne); dzieli się ono na:

a) obojętne przy małych zmianach w krtani (nieżyty etc.): wziewanie etc.

b) energiczne przy mniej, lub wśród znacznych zmianach w krtani, a dobrym względnie stanie ogólnym i płuc. Tu należą przedewszystkiem: kwas mleczny, który uważam za najskuteczniejszy w leczeniu gruźlicy krtani, fenol sulforycynowy, mniej już parachlorofemol, mentol, karbol glycerynowy, mentorol i t. p. pod postacią przeważnie pędzlowań.

c) łagodne przy dużych zmianach w krtani, a nędznym jednocześnie stanie ogólnym i płuc, pod postacią przeważnie wdmuchiwań jodolu ortoformu, anystolu.

d) objawowe wzgl. ból kojące, do których przedewszystkiem należy kokaina, morfina a ostatnie ortoform, oddający doskonałe usługi w tem cierpieniu.

Zakończenie: jakkolwiek leczenie gruźlicy krtani duże zrobiło postępy, to jednak dalekiem jest jeszcze od idealnego celu uzyskania pewnych i trwałych wyleczeń (Schech).

Również odczytano streszczenie odczytu Dra Lublinera:

Dr. Lubliner (Warszawa). **Leczenie chirurgiczne wewnątrz-krtaniowe.**

1) Wskazania do stosowania zabiegów chirurgicznych wewnątrz-krtaniowych.

2) Usuwanie nacieków i guzów gruźliczych zapomocą ostrych łyżeczek, ostrych kleszczy, żegadła, pętli galwano-kaustycznej i zapomocą elektrolizy.

3) Wskazania do użycia odnośnych narzędzi w odpowiednich przypadkach.

4) Dodatnie i ujemne strony leczenia chirurgicznego, oraz przeciwskazania.

5) Wyniki otrzymane przy leczeniu chirurgicznem.

6) Nawroty cierpienia po stosowaniu leczenia chirurgicznego i powtarzanie zabiegów chirurgicznych.

7) Trwałość wyleczenia; względnie wyleczenie i poprawa po stosowaniu zabiegów chirurgicznych.

8) W jakich warunkach można uzyskać względnie najlepsze wyniki przy leczeniu chirurgicznem wewnątrz-krtaniowym.

Dr Heryng: Wskazania do laryngofisury w gruźlicy są rzadkie, bo i ta metoda nie zapewnia dokładności rękoczynu, w każdym razie zabiegowi temu nie można odmówić doniosłości. Zdaniu Gorisa, iż często rana tracheotomijna ulega zakażeniu gruźliczemu, sprzeciwia się prof. Pieniążek, nie obserwując nigdy podobnego przypadku, a chyba rana, gojąca się per secundam, była do zmiany gruźliczej podobną. Prof. Pieniążek nie uważa laryngofisury za zabieg ciężki; raz spostrzegał jako powikłanie zapalenia płuc, a raz zejście śmiertelne w wypadku laryngofisury z powodu gruźlicy.

Kol. Łogucki zwraca uwagę na stan ogólny chorego, który powinien decydować o ewentualnej laryngofisurze.

Kol. prof. Pieniążek odpowiada, że chora jego zmarła z powodu gruźlicy płuc, jak to obecność świeżych zmian obok dawnych potwierdziła.

Kol. Dobkiewicz zapytuje prof. Pieniążka, czy nie robi samej laryngofisury bez poprzedniej tracheotomii? Kol. prof. P. zaleca sposób drugi i w ten sposób wogóle laryngofisurę wykonywa.

Kol. Zalewski zaleca niezaszywanie krtani po laryngofisurze celem obserwowania, czy nie mamy jakiejś partyi podejrzanej, by tę następnie usunąć.

Kol. Baurowicz zaleca tracheotomię i laryngofisurę w gruźlicy rozdzielać na zabieg dwuczasowy, bo ewentualnie sprawa gruźlicza może tak się poprawić, iż nawet możliwą jest dekanulacya, a zresztą, ponieważ i mylki dyagnostyczne są możliwe, dlatego na opóźnieniu się z laryngofisurą możemy tylko zyskać. Zaleca też zakładanie tamponu, co prof. Pieniążek zawsze wykonywa.

Prof. Pieniążek nie ma nic przeciwko gojeniu rany po laryngofisurze per secundam celem kontroli zmian w krtani.

Kol. Heryng spostrzegał bujanie granulacyi częściej przy cricotracheotomii, zakażenie gruźlicze rany obserwował kilka razy, radzi dla kontroli, czy są partye nekrotyczne chrząstki, czy nie, stosować rozczyn metylenblau, który ewentualnie rozstrzygnie, zabarwiając partye obumarłe dokładniej.

Kol. Baurowicz wyjaśnia, że tampon zostawia się na 5—8 dni, wyjątkowo zachłystywanie się po usunięciu tamponu wymaga ponownego założenia tamponu, póki niezborność ruchów przy przełykaniu nie ustąpi. Nieraz założenie grubszej kaniuli zapobiega wpadaniu płynów, względnie więcej płynnych pokarmów, do krtani.

XV. Sekcya dentystyczna.

Posiedzenie 1. w sobotę dnia 21 lipca w Coll, novum, sala Nr. 36.

Uczestników 23, Prof. Cybulska i P. Antogolska z Petersburga jako goście.

Zagaił posiedzenie gospodarz sekcyi Doc. Dr. W. Łepkowski przemówieniem, w którem zaznaczył ważność utworzenia pierwszej samodzielnej sekcyi dentystycznej polskiej.

Na prezesa sekcyi wybrano jednomyślnie Doc. Łepkowskiego, po zrzeczeniu się tegoż tej godności, jednogłośnie wybrano:

Na Prezesa Redaktora Przeglądu Dentyst. Dra B. Dzierżakowskiego z Warszawy.

Na Wiceprezesa sekcyi lekarza dentystę Wł. Zielińskiego z Warszawy.

Na sekretarzy: Lekarza dent. St. Essigmana z Warszawy i Dra Wernikowskiego z Krakowa.

Po odczytaniu telegramu Dra K. Szymkiewicza, któremu choroba nie pozwoliła przybyć na Zjazd.

Pierwszy zabrał głos Prezes, czcząc pamięć śp. Iwankiewicza z Warszawy, który zgłosił dwa wykłady do sekcyi, nie doczekawszy jednak tej chwili. Pamięć jego uczcili zgromadzeni przez powstanie.

Następnie zabrał głos Doc. W. Łepkowski proponując ujednostajnienie słownictwa dentystycznego i wydanie podręcznika dla dentystyki w polskim języku. Dla urzeczywistnienia tych projektów na wniosek Prezesa wybrano komisyę, złożoną z Drów Dzierżawskiego, Łepkowskiego, Leszczyńskiego z Warszawy, Leszczyńskiego z Łodzi i Gońki ze Lwowa. Komisyi pozostawiono prawo dobrania sobie odpowiednich współpracowników i wynik prac swoich mają najpóźniej na przyszłym zjeździe przedstawić.

Przystąpiono do porządku dziennego:

I. Dr. B. Dzierżawski (Warszawa). **Leczenie miazgi zębowej** Po wstępie ogólnym referent omawia najprzód w kilku słowach t. zw. zachowawcze

leczenie miazgi (bez amputacyi) za pomocą formaliny i preparatów, środek ten zawierających. Referent nie uważa tego sposobu leczenia zapaleń miazgi za pewny i godny zastosowania we wszystkich przypadkach zapalenia miazgi, nawet częściowych, znajduje jednak, że w pewnych przypadkach ten sposób leczenia można zastosować z pożytkiem. Co do zwykle stosowanego leczenia zapaleń miazgi zapomocą zatrucia i następnej ekstrakcyi i amputacyi miazgi, to tu na omówienie zasługuje:

1. Wskazania do dewitalizacyi w przypadkach wątpliwych, gdzie nie ma pewności, czy w danym przypadku mamy do czynienia z rozwiniętym już zapaleniem miazgi, czy też tylko z jej podrażnieniem. Obecność w danym ubytku nadczułości zębiny w warstwach obwodowych przemawia za ostatniem i leczeniem zachowawczem, brak nadczułości mówi za głębokiemi zmianami w miazdze i za jej zatruciem.

2. Ekstrakcya miazgi uważaną jest dotychczas powszechnie za pewniejszą od amputacyi; być może jednak, że w przyszłości poglądy się zmienią na korzyść amputacyi, gdyż traktowanie kanałów po ekstrakcyi nastręcza nieraz pewne trudności, których lepiej uniknąć. Do rostrzygnięcia kwestyi tej przyczynić się mogą zbiorowe badania i rozprawy na zjazdach.

3. Co do amputacyi miazgi, to najpewniejszym sposobem leczenia po amputacyi jest, zdaniem referenta, impregnowanie środkami przeciwgnilnemi pozostałej w przewodach miazgi. Chodzi o wybór środków do tego celu i sprawdzenie impregnacyjnych własności tych środków.

Co do leczenia zgorzeli miazgi, to sposoby leczenia tej referent dzieli na ewakuacyjne i impregnacyjne.

W dyskusyi zabrał głos: Kol. Zieliński (Warszawa): Radzi w celach amputacyi miazgi zębowej wygodny dostęp i podaje w tym kierunku swoje sposoby.

Kol. Goldberg (Warszawa), zapytuje, co się dzieje z resztkami miazgi po jej amputacyi; zdaniem jego, miazga taka zostaje zmumifikowaną albo zwyrodniałą, dla których to powodów radzi całkowite usunięcie tejże.

Doc. Łepkowski, powołując się na doświadczenia na zwierzętach, przedstawia ich wyniki, dowodzące, że amputacya ma racyę bytu.

Kol. Essigman zauważa, że nie zawsze miazga zostaje zmumifikowaną, lecz po latach nawet żywotność jej w niektórych wypadkach stwierdzić się daje, co stwierdził danymi z literatury i swoimi własnymi wypadkami.

Dr. B. Dzierżawski reasumując dyskusyę, radzi wobec znacznej liczby dzielnych środków mumifikacyjnych, jakimi obecnie już rozporządzamy, ograniczać o ile możności ekstrakcyę miazgi i nadać szersze zastosowanie metodzie amputacyjnej, która nie mniej dobre od tamtej daje wyniki.

II. Lek. Dent. S. Essigman. (Warszawa). **Badania bakteryologiczne nad działaniem niektórych środków przeciwgnilnych, używanych przy leczeniu zębów bez miazgowych z demonstracyą preparatów mikroskopowych.** Leczenie dotychczasowe, polegające głównie na metodzie ewakuacyjnej, zdaniem E. nie daje pewnych i trwałych wyników. Usunięcie z zębów trzonowych miazgi korzeniowej, będącej częściowo lub całkowicie w stanie rozpadowym, jest zawsze połączone z trudnościami, a często staje się wprost niewykonalne. Jeśli z któregokolwiek kanału miazgę się udało usunąć, to i wtedy nie można być pewnym dobrego wyniku, gdyż pozostałe w kanale resztki miazgi mogą być, przy wypełnianiu kanałów, przepchnięte przez otwory wierzchołkowe i wywołać septyczne zapalenie ozębnej.

Wobec tego stanu rzeczy E. proponuje, aby leczenie zębów trzonowych bezmiazgowych metodą ewakuacyjną zaniechać i zastąpić metodą impregnacyjną, metodą, która, zdaniem referenta, przedstawia mniejsze ryzyko dla pacyenta, jest łatwiejsza i daje trwalsze, oraz pewniejsze wyniki niż metoda ewakuacyjna.

Ażeby módz odpowiedzieć na pytania, jakich środków przeciwgnilnych należałoby użyć dla impregnacyi zębów, które z nich najpewniej przenikają, nie prędko znikają i, co za tem idzie, najwięcej odpowiadają temu zadaniu, referent, niezależnie od obserwacji klinicznych, dokonał badań bakteryologicznych z zębami impregnowanymi, karbolem, chinosolem, olejkiem gwoździkowym, sublimatem i formaliną i na mocy otrzymanych dochodzi do następujących wniosków:

1) Że pierwsze trzy wymienione środki, bądź z powodu ich trudnego przenikania, słabego działania przeciwgnilnego w zębach, bądź też prędkiego znikania, do leczenia zębów bezmiazgowych wcale się nie nadają.

2) Sublimat działa w zębach i impregnuje takowe najsilniej i, co jest również bardzo ważnem, że działanie swoje przeciwgnilne zachowuje najdłużej i dla tego do leczenia takich zębów najwięcej się nadaje.

3. Formalina działa również silnie przeciwgnilnie, lecz nie we wszystkich przypadkach jednakowo, a w poszczególnych bardzo słabo. Do ujemnych stron formaliny zaliczyć wypada i ten fakt, że bardzo prędko znika z zębów i dlatego powinna znaleść zastosowanie tylko tam, gdzie sublimat użytym być nie może.

W dyskusyi zabiera głos Doc. W. Łepkowski i zapytuje, czy doświadczenia były robione ściśle aseptycznie, gdyż to zdaniem jego rozstrzyga o wartości środka impregracyjnego i działania tegoż na zęby i dochodzi do wniosku, że jakkolwiek wyniki badań bakteryologicznych dokonanych przez Essigmana, których doniosłość nadzwyczaj podnosi, wykazały wyższość działania sublimatu, to jednak ze względu na to, że zęby leczone tym środkiem zabarwiają się na ciemno, środek ten do leczenia zębów, głównie przednich, stosowanym być nie powinien.

Kol. Essigman odpowiada, że przy dokonywaniu swych badań starał się zachowywać o ile możności aseptykę i jako dowód przedstawia płytki agarowe, zasiane czystymi hodowlami, w których rozwinęły się li tylko szczepione przez niego hodowle. Co się zaś tyczy zabarwienia zębów, akcentuje to już sam w swoim referacie i dlatego radzi stosować sublimat tylko do leczenia zębów trzonowych.

Prezes widzi przyszłość leczenia zębów bezmiazgowych tylko w metodzie impregnacyjnej i dlatego też ceniąc wysoko prace Essigmana w tym kierunku podjęte, wyraża nadzieję, że tenże nadal kontynuował je będzie i wyniki tych badań przedstawi nam na przyszłym zjeździe.

XVI Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

I. posiedzenie.

Prof. Reiss wita zebranych w krótkich słowach i przedstawia na przewodniczącego kolegę Dra Szadka. Obecnych członków 12.

Dr. F. Krzyształowicz (Kraków). **O leczeniu kiły rtęcią.** Wywody doprowadzają do następującego wniosku: Rtęć nie jest środkiem swoistym w leczeniu kiły, nie działa na jad kiłowy, lecz na zmiany skutkiem niego powstałe, to też skutecznym jest przy naciekach okresu wtórorzędnego i niektórych zmianach trzeciorzędnego;

dlatego leczenie zaczynać należy, gdy zmiany ogólne się pojawią i tylko wtedy, gdy objawy ogólne istnieją;

dlatego rtęć nie działa, a nawet znaczne szkody sprowadzić może w kile złośliwej;

dlatego nie ma dotychczas dowodu, aby przypadki objawowo leczone kończyły się gorzej lub złośliwszy miały przebieg niż przypadki leczone metodą Fourniera.

Prof. Reiss uważa rtęć za środek swoisty przeciw kile; jest zwolennikiem metody Fourniera. Jako dowód przytacza działanie rtęci u kobiet, które rodziły dzieci z objawami kiły, i doświadczenia Boecka z przeszczepianiem wydzieliny zmian kiłowych, zmieszanej z sublimatem.

Kol. Borzęcki jest zwolennikiem metody Fournier'a. Przedstawia w krótkości leczenie przeciągłe, a przeprowadzając porównanie ze sposobem leczenia objawowego stwierdza, że różnica tych sposobów nie jest wielką, bo i t. zw. oportunista rtęć co pewien czas podawać musi, — kiła bowiem jest chorobą przewlekłą i leczenie więc powinno być przewlekłe. Określa zarazem swe wrażenie co do występowania kiły 3-cio-rzędnej, t. j. że objawy te występują z reguły u nieleczonych.

Kol. Uhma zgadza się z kol. sprawozdawcą w samej metodzie leczenia, nie zaprzecza jednak działania swoistego rtęci czy na komórki, stwierdza przytem, że rtęć dłużej stosowana zatraca w znacznej części swe korzystne działanie, a nawet, że w niekorzystnej chwili zastosowana, wywołać może objawy kiły. Zgadza się również z kol. sprawozdawcą, że przebieg kiły i następstwa zależą w znacznej części od warunków bytu i zachowania się chorego, wreszcie od jego zawodu. Leczenie ogólne rtęcią zaczyna z chwilą pojawienia się objawów ogólnych i nie stosuje jej szablonowo co pewien czas, ale zależnie od pojawienia się zmian.

Kol. Prof. Zarewicz popiera sprawozdawcę, stwierdzając, że do leczenia Fourn. zaufania mieć nie można, bo sam twórca zmienia ciągle swe zdanie. Mowca próbował z początku także tego leczenia, długoletnie doświadczenie jednak doprowadziło go do tego, że już dawno od leczenia tego odstąpił i zawsze pamięta o tem, że leczy chorego na kiłę, a nie kiłę samą, że rtęć działa nader korzystnie na zmiany kiłowe, a nie na jad. Kiła ma przebieg raz podostry, drugi raz przewlekły, nie pojawia się jednak w tak ściśle określonych okresach, aby leczenie okresowe było słusznem. To też ze swego doświadczenia ma przekonanie, że rtęć nie działa zapobiegawczo na występowanie kiły 3-cio-rzędnej, a przypadki z takimi objawami po leczeniu przeciągłem wcale go do tej metody nie zachęcają. W końcu podnosi bardzo wysoko znaczenie warunków hygienicznych, w jakich chory się znajduje.

Kol. Radca Glück twierdzi, że leczenie Fourn. polega na frazesie, że kiła jest chorobą przewlekłą, która tem samem przewlekle musi być leczoną. Wpływ moralny tej metody uznaje za nader szkodliwy bo rozdrażnia chorego ciągłą myślą o chorobie i leczeniu. Uznając jednak działanie rtęci na jad chorobowy, stwierdza jej działanie zapobiegawcze na występowanie kiły 3-cio-rzędnej, na co dowody ma w Bośni gdzie kiła 3-cio-rzędna znacznie się zmniejszyła, odkąd liczba lekarzy, a tem samem częstość leczenia wzrosła.

Kol. Perkowski zaznacza, że leczenie kiły musi być zawsze objawowe, że stosować się trzeba i do rodzaju zmian i siły ustroju, a nie stosować ją wedle z góry naznaczonego szablonu.

Kol. Szadek stwierdzając, że większość przemawia za metodą leczenia objawowego, którego się trzyma, sprzeciwia się także metodzie Fourniera, a stosuje rtęć przy pierwszym wybuchu bardzo energicznie, przy następnych podaje mniejsze ilości.

XVII. Sekcya chorób nerwowych i umysłowych.

Pod nieobecność prof. Domańskiego otwiera II. posiedzenie sekcyi o g. 10 m. 10, kol. Władysław Gajkiewicz (Warszawa), na sekretarzy powołano kolegów Skłodowskiego i M. Biro (obu z Warszawy).

I. odczyt kol. Prusa (Lwów).

a) **O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżku.** *b)* **O drogach ruchowych pozapiramidalnych.** Prelegent streszcza wynik swych badań doświadczalnych w następujący sposób.

1. Korę móżdżku pobudzić można prądem elektrycznym.

2. Wynikiem podrażnienia kory móżdżku są ruchy bądź to toniczne, bądź też kloniczne rozmaitych grup mięśni po stronie drażnienia.

3 W pobudzeniu kory móżdżka odgrywa najważniejszą rolę kierunek prądu; i tak przy poprzecznem ustawieniu elektrod występuje przy pewnej sile prądu objaw ruchowy tylko wtedy, gdy katoda znajduje się więcej na zewnątrz niż anoda, a przy ustawieniu elektrod w kierunku podłużnej osi ciała, występują objawy ruchowe wówczas, gdy kierunek prądu jest zestępujący. Wśród drażnienia *vermis cerebelli sup.* ściśle w linji środkowej ciała, zjawiają się skurcze mięśni po obu stronach ciała.

4. Drażnienie móżdżku prądami biegnącymi w kierunku poprzecznym do osi ciała, sprowadza zwykle kurcze toniczne, podczas gdy drażnienie móżdżku prądami zestępującymi wzdłuż osi ciała wywołuje kurcze kloniczne.

5. W *vermis cerebelli* znajdują się środki ruchowe dla mięśni głowy, oka karku tej samej strony ciała, po której drażniono móżdżek. W przednich częściach półkul móżdżka znajdują się ośrodki dla mięśni łapki przedniej, ośrodki zaś dla mięśni łapki tylnej znajdują się w tylnych częściach półkuli móżdżka.

6. Okoliczność, że efekt ruchowy wywołać można przez drażnienie móżdzka prądami, które tylko w pewnym przebiegają kierunku, tłómaczy prelegent przypuszczeniem, że komórki Purkinjego, które (jak wiadomo), w pewnej płaszczyźnie swe dendryty rozprzestrzeniają, oddziaływują przedewszystkiem na te prądy, które w odpowiedniej płaszczyźnie i kierunku płyną.

Dyskusya.

Kol. Zanietowski zaznacza, że badania prof. Prusa mają niezwykłą doniosłość, bo z jednej strony rzucają ciekawe światło na związek istniejący między przebiegiem elementów nerwowych a przewodnictwem, a z drugiej strony salwują znaczenie szkoły kierunkowej. Kol. Zanietowski zdaje przytem sprawę z własnych doświadczeń, ogłoszonych w Akad. Umiej. Wiedeńskiej nad elektrotonicznemi zjawiskami przekroju podłużnego i poprzecznego, oraz nad wartością t. zw. pobocznych rozgałęzień prądu.

Kol. Prus między spostrzeganemi przez kol. Z. zjawiskami na poprzecznym przekroju nerwu, a własnemi doświadczeniami nad móżdżkiem analogii nie widzi, natomiast zgadza się na znaczenie doświadczeń kol. Zanietowskiego nad kierunkiem prądu i dziękuje mu za podsunięte tłómaczenie, które podaje, dlaczego w doświadczeniach nad móżdżkiem przy pewnych kierunkach, ta sama siła wywołuje skurcze toniczne, a w innych kloniczne.

Kol. Bregman zaznacza, że jego kliniczne doświadczenia przy cierpieniach móżdżku wykazują, że objawy ruchowe są w zależności od umiejscowienia cierpienia w tej, lub owej części móżdżku. Kwestya umiejscowienia ośrodków ruchowych w tej lub owej części móżdżku, podniesiona przez prof. Prusa, nie daje się stwierdzić klinicznie. Dziwnem jest, że od kierunku prądu zależy efekt wobec skomplikowanej budowy móżdżku.

Kol. Flatau radzi dla uniknięcia wątpliwości uzupełnić doświadczenia te, robiąc przecięcia w rozmaitych miejscach, aby poznać drogi przebiegu prądu. Komórki Purkiny'ego mają dendryty w rozmaitych kierunkach, to też nie rozumie dlaczego prąd miałby iść w jednym kierunku. Analogii między zjawi-

skami we włóknach kol. Zanietowskiego a doświadczeniami kol. Prusa nie widzi. Kliniczne dane, o których wspominał kol. Bregman, nie dają się jeszcze doświadczalnie stwierdzić.

Kol. Fajerstein zapytuje, czy przy dotykaniu jednym biegunem tego, lub owego punktu móżdżku, a drugim jakiejkolwiek części na tułowiu, zachodzi toż samo zjawisko, jak przy ułożeniu obu biegunów na móżdżku.

Kol. Prus zjawisko to potwierdza i podnosi, że komórki Purkinje'go należy sobie przedstawić, jak drzewo z gałązkami w dwóch kierunkach bocznych spłaszczone, wobec czego przewodnictwo w jednej tylko płaszczyźnie, można uzasadnić. Jeśli kliniczne doświadczenie wykazuje, że ataksya występuje przy zajęciu tylnej części móżdżku, to nie sprzeciwia się to eksperymentom.

Dr. Edward Flatau i Dr. Antoni Leśniowski (Warszawa.) **Uszkodzenie rdzenia pacierzowego ze specjalnem uwzględnieniem odruchów.** Z pośród odruchów ścięgnistych największą uwagę zwrócono na zachowanie się odruchu kolanowego przy uszkodzeniu dolnych odcinków części rdzenia szyjnej i górnych odcinków części rdzenia piersiowej. Dr. Bastian i Bruns zwrócili uwagę na znikanie odruchu kolanowego przy tem umiejscowieniu choroby w rdzeniu. Dotyczy to zarówno narośli rdzenia, jak i urazu. Własny przypadek urazu dolnych części rdzenia szyjnego (zmiadżenie poprzeczne) potwierdza ten fakt w zupełności. Badanie pośmiertne drobnowidzowe wykazało zmiażdżenie rdzenia i zwyrodnienia wtórne. Istnieje kilka teoryi, mających na celu wyjaśnienia tego doniosłego pod względem dyagnotycznym objawu,— żadna z tych teoryi nie jest wystarczającą. Oprócz odruchu kolanowego, zwrócić należy uwagę 1) na antogonizm pomiędzy odruchami ścięgnistymi i skórnymi i 2) na nadmierną »wrażliwość odruchową«, występującą przy uszkodzeniach rdzenia pacierzowego (objaw odruchowy Remak'a i in.).

Dyskusya:

Kol. Biernacki podnosi, że nie wszystkie zmiany w danej okolicy wywołują antagonizm w zachowaniu się odruchów; zaznacza, że może to zależeć od zaburzeń w krążeniu.

Kol. Prus nie ma pewności, ażali w przypadku cytowanym przez prelegenta odruchy nie były przedtem już nieprawidłowe; znane są przypadki utraty odruchów po wylewie krwi w mózgu i ich powtórne pojawienie się. To zniesienie odruchów w wielu przypadkach zależy od choc'u.

Kol. Fajersztajn jest również zdania, że choć może dać powód do zmniejszenia na pewien czas odruchów.

Kol. Bregman przypomina, że nawet przy częściowem tylko uszkodzeniu rdzenia (na przekroju), istnieje różnica w odruchach; sam choć na rzecz nie wpływa.

Kol. Dydyński spostrzegał chorą, u której w podobnych warunkach uszkodzenia rdzenia nie było również odruchów, choć przedtem istniały. Kora mózgowa nie tylko hamuje, lecz czasem i zasila odruchy.

Kol. Nartowski widział po wstrząsie stałe zniesienia odruchów.

Kol. Flatau odpowiadając na zarzut kol. Prusa, podnosi, że brak odruchów kolanowych u ludzi zdrowych jest niezwykle rzadką rzeczą; dlatego też już na podstawie braku samych odruchów, wolno nam rozpoznawać bezwład postępowy.

Przemawiał kol. Ciągliński i kol. Biro, który potwierdza zdanie kol. Flataua, że brak odruchów kolanowych, a nawet samych ścięgnistych, bardzo rzadko nie jest zjawiskiem patologicznem; sam objaw ten jednak nie pozwala jeszcze stawiać rozpoznania wiądu rdzenia.

Dr. Skłodowski (Warszawa): **Przypadek porażenia Brown-Séquarda.** Młody mężczyzna, który kiły nie przechodził i urazowi nie uległ, dotknięty został porażeniem rdzeniowem typu Brown-Séquarda. Obraz choroby rozwinął się dość szybko, lecz nie nagle, trwał z mniej więcej jednakowem natężeniem około 2 tygodni, po których upływie rozpoczęła się powolna, stopniowa poprawa, zakończona ostatecznie prawie zupełnem wyzdrowieniem. Choroba miała wszystkie cechy organicznej; ognisko cierpienia, jak sądzić należy z objawów, znajdowało się mniej więcej w połowie wysokości szyjnej części rdzenia. Na uwagę zasługuje fakt, że porażenie nie w jednakowym stopniu objęło poszczególne grupy mięśni kończyn, a porażenie czucia nie dotyczyło wszystkich jego rodzajów.

Dyskusya:

Kol. Biernacki w przeciągu 8 lat, które upłynęły od ogłoszenia pracy o uciskowem porażeniu czucia, mało zmienił swe zapatrywania w tym kierunku. Chociaż i w syryngomyelii czucie ucisku niekiedy może być zmienione, ale fakt, iż w pozornie syryngamyelitycznych (uciskowych) porażeniach, czucie to jest zmienionem, zdaje się, stale. podnosi niewątpliwie wartość rozpoznawczą dyspocyacyi syryngomyelitycznej. Istotnie zachowanie czucia ucisku, przemawiać będzie niemal stanowczo za obecnością syryngomyelii. Co do rozszczepienia czucia czucia faradycznego, to to będąc obecnem zawsze w eksperymentalnem czuciu ucisku, nie zawsze się daje stwierdzić w przypadkach patologicznych. Możebnem jest nareszcie, że porażenie czucia powstaje także wskutek zaburzeń krążenia.

Kol. Prus. Sprawa dróg ruchowych i czuciowych nie jest jeszcze wyjaśniona.

Kol. Bregmann sądzi, że zmiany w czuciu, zależne od ucisku. mogą często zależeć od zmian w krążeniu.

Kol. Wisłocki zaznacza, że histeryczki mają zaburzenia w uczuciu, zależne bardzo często od zaburzeń krążenia.

Kol. Flatau na podstawie odkrycia Goldscheidera, że istnieją oddzielne punkty na skórze dla rozmaitych rodzajów czucia, zapytuje się kol. Prusa. czy rozmaite rodzaje czucia zależą od rozmaitego natężenia drażnienia, czy też od istnienia odrębnych włókien.

Kol. Prus jest tego ostatniego zdania.

Sprostowanie. W 3-cim numerze »Dziennika« wypuszczono w dyskusyi nad odczytem kol. Stróżewskiego **o leczeniu bezładu tabetycznego**, nazwisko kol. Bregmana, który podniósł, spostrzegany tak często w wiądzie rdzenia brak uczucia zmęczenia, który nakazuje wielką ostrożność w stosowaniu metody Frenkla.

W dyskusyi nad odczytem kol. Miklaszewskiego **o zmiennej nierówności źrenic** zamiast *anisokilja,* powinno być *anisokolja.*

XIX. Sekcya ginekologiczna.

1. Posiedzenie z dnia 21 lipca, sobota; początek o godzinie 3·35 po południu.

Gospodarz sekcyi prof. Jordan wita gości w serdecznych a krótkich słowach i zaprasza uczestników na dalsze posiedzenia do kliniki ginekologicznej.

Z uwagi, że sekcya ginekologiczna będzie miała trzy posiedzenia, gospodarz proponuje na przewodniczącego I. posiedzenia kol. Borysowicza (Warszawa), na zastępcę kol. Thimego, na przewodniczącego II. posiedzenia kol. Pomorskiego (Poznań), na zastępcę kol. Sielskiego (Lwów), na przewodniczącego III. posiedzenia kol. Mars (Lwów), na zastępcę kol. Kurza (Warszawa). Na sekretarzy na wszystkie posiedzenia proponuje kol. Jaworskiego (Warszawa) i kol. Dobrowolskiego (Kraków).

Proponowanych obrano przez aklamacyę.

Przewodniczy kol. Borysowicz (Warszawa).

Zastępca przewodniczącego kol. Thime (Warszawa).

Sekretarze: kol.: Jaworski (Warszawa) i Dobrowolski (Kraków).

Obecnych członków 72, z tych jedna kobieta pani Dr Eugenia Kiercz-Guerszuniowa.

Prof. Dr. A. Mars. (Lwów). **O zapobieganiu gorączce połogowej.** Autor zaznacza iż mówić będzie tylko o zapobieganiu gorączce połogowej. W tym celu porusza przedewszystkiem sprawy dotyczące powstawania tej choroby i szkicuje dzisiejszy stan nauki.

Przechodząc do właściwego przedmiotu dzieli rzecz na 4 części odnośnie do przyczyn mogących wywoływać, ułatwiać lub utrudniać zakażenie. Mówi zatem o możliwości zakażenia przez osoby niosące pomoc i otaczające, o instrumentach i przyborach w zetknięcie z narządem płciowym wchodzących; dalej o źródłach zakażenia mogących się znachodzić w pobliżu osoby rodzącej lub położnicy; następnie o ogniskach w których się znachodzą istoty chorobotwórcze a które tkwią w organizmie rodzącej lub położnicy; wreszcie omawia znaczenie odporności organizmu osób zakażeniu uledz mogących. Odnośnie do tych punktów omawia postępowanie zapobiegawcze o ile to dotyczy nowszych zdobyczy naukowych i wskazuje kierunki dalszych badań.

Rzecz ukończy zaznaczeniem co dotychczas drogą postępowania zapobiegawczego uzyskano i dotyka kwestyi stanowiska jakie położnik w obce społeczeństwa zajmuje.

Prof. Dr. Henryk Jordan. (Kraków). **O leczeniu gorączki połogowej.** Mowca zaznacza na wstępie gwałtowną różnicę jaka zachodzi między ilością gorączek połogowych przydarzających się obecnie a dawniej.

Przechodząc do leczenia występuje przeciw zapatrywaniom Pinarda i stwierdza, że żadnych systemów utartych w leczeniu gorączki połogowej przyjąć nie można.

Zanim można wogóle leczyć trzeba poznać dokładnie źródło, gdzie zakażenie pierwotnie się usadowiło i jakim sposobem do organizmu się dostało. Wogóle też należy rozstrzygnąć z góry, czy istnieje zakażenie sapremiczne czy też septyczne, od tego bowiem zależy podstępowanie lecznicze.

Inne postępowanie będzie przy zakażeniach po poronieniu inne po porodzie czasowym.

Z kolei mowca przechodzi do leczenia zakażenia septycznego i w pierwszem miejscu omawia leczenie miejscowe. Krótko załatwia się z leczeniem owrzodzeń i przechodzi do leczenia schorzenie wnętrza macicy. Występuje przeciw używaniu wyskrobania macicy po porodzie czasowym, jakoteż przeciw stałym przemywaniom macicy. W przypadkach świeżych zgadza się na zbadanie i ewentualne opóźnienie palcem macicy, jakoteż na przestrzykanie nawet kilkakrotne w 12—24 godzinnych odstępach czasu jamy macicy lekkimi środkami przeciw gnilnymi, wytarcie wnętrza alkoholem lub nastojem jodu. Oparzenia (vaporysacyi) błony śluzowej nie może zalecić, gdyż przemawiając na tle osobistego doświadczenia nie może żadnych danych podać. Wyjęcie macicy zakażonej uważa za racyonalne tylko w zupełnie świeżych przypadkach.

Leczenie miejscowe w przypadkach zadawnionych uważa za nieracyonalne.

Przechodząc do leczenia ogólnego omawia najprzód leczenie surowicą swoistą Marmorka, w dalszym ciągu wstrzykiwania do żył sublimatu i innych środków.

Z kolei omawia środki podnoszące ogólną przemianę materyi organizmu, a tu na czele stawia roztwór fizyologiczny soli kuchennej; dalej alkohol, arsen, kreozot i t. d. podawane wewnętrznie, wstrzykiwanie podskórne środków drażniących jak olejku terpentynowego i t. p. w celu wywołania miejscowego ropienia.

Wreszcie przechodzi do środków symptomatycznie działających, jak środków nasercowyych, podniecających, kąpieli, owijań w prześcieradła i t. p. Kończy kilkoma uwagami o leczeniu spraw zapalnych tkanek w otoczeniu macicy wywołanych zakażeniem połogowem.

Dyskusya.

Kol. Kośmiński (Lwów) zaznacza, że jakkolwiek dobre wyniki zaznaczyć można w klinikach, przecież jeszcze tak nie jest w praktyce prywatnej i powinno być staraniem, aby zapobieganie gorączce połogowej wszczepić w świadomość ogółu z jednej strony i ułatwić akuszerkom postępowanie antyseptyczne przez dostarczenie im środków antyseptycznych, sublimatu i waty sterylizowanej z funduszów publicznych.

W kwestyi leczenia surowicą zaznacza dobre wyniki, jakie otrzymano w klinice lwowskiej przy używaniu dużych dawek. Podobnie leczenie surowicą fizyologiczną daje dobre wyniki, stosowane we wielkich dawkach do 7 litrów na dobę.

Kol. Pomorski (Poznań) ostrzega przed częstem zbytecznem badaniem. Zwraca uwagę w dalszym ciągu na niedokładność obserwowania połogu przez akuszerki. Leczenie surowicą Marmorka, a nawet surowicą Behringa w przypadkach zakażenia dawało mu dobre wyniki.

Kol. prof. Mars (Lwów) zaleca używanie surowicy Marmorka wcześnie i w dużych dawkach, jakkolwiek surowica nie zawsze działa, bo nie mamy wskazań, kiedy surowicy używać należy, a kiedy nie. W dalszym ciągu opisuje przypadek ropnicy, gdzie surowica działała korzystnie na stan ogólny.

Kol. Stankiewicz (Łódź) modyfikuje sposób mycia rąk Fürbringera w ten sposób, że po obmyciu rąk mydłem, opłukaniu wodą sterylizowaną, myje ręce w sublimacie, a na końcu myje ręce alkoholem. Wspomina o sposobie operowania w położnictwie Kośmińskiego, jako mającym więcej warunków ustrzeżenia przed zakażeniem. Występuje przeciw skrobaniu macicy przy zakażeniach i jest zdania, że nie należy leczyć surowicą przed ukończeniem badania bakteryologicznego.

Kol. Cholewiński (z Królestwa) sądzi, że rzadko lekarz przenosi zakażenie, najwięcej zakażeń sprowadzają babki wiejskie, dlatego sądzi, że należy wpływać, aby akuszerkę musiano do każdego porodu wzywać. Leczenie surowicą jest na razie w praktyce biednych za kosztowne.

Kol. prof. Jordan (Kraków) stwierdza, że skoro doświadczenia kliniczne udowodnią skuteczność surowicy, wtedy władze będą musiały ponosić koszta leczenia, jak to dziś jest ze szczepieniem ospy.

Co do rozszerzania się zakażeń, to stwierdza wbrew zapatrywaniom kol. Cholewińskiego, że lekarz zakażenie może przenieść, i to najczęściej przenosi z konieczności niesienia pomocy.

Przypomina, że najgroźniejsze są zakażenia epidemiczne, mniej groźnie przebiegają zakażenia sporadyczne.

Wreszcie kol. Stankiewiczowi w odpowiedzi oświadcza, że leczyć należy zaraz przed ukończeniem badania bakteryologicznego.

Kol. Thieme (Warszawa) stwierdza, że w Warszawie przydarzają się tylko zakażenia sporadyczne i to najczęściej po porodach, odbytych bez lekarzy.

Popiera wniosek kol. Kośmińskiego, by akuszerkom dawać sublimat.

Kol. Sołowij (Lwów) przy myciu rąk używa eteru.

W dalszym ciągu stawia wnioski:

1) by akuszerkom dostarczać sublimatu do mycia rąk;
2) by im dostarczać środków desinfekcyjnych i waty aseptycznej z funduszów krajowych;
3) by akuszerkom co kilka lat ułatwiać kursa w celu powtórzenia wiadomości zawodowych.

Kol. Jaworski (Warszawa) stwierdza:

1) że częste są zakażenia połogowe mięszane, wtedy jedynie surowica przeciwpaciorkowcowa działać skutecznie nie może;
2) że używa się za małych dawek surowicy;
3) stosuje się ją zapóźno.

Kol. Staniszewski (Warszawa) leczy w szpitalu zakażenie z dobrym skutkiem, używając tylko przemywań krwi przez podawanie dużej ilości płynów.

Kol. Zaleski (Sanok) wyraża życzenie, żeby odnaleść sposób pewnego podniesienia odporności organizmu.

Kol. Borysowicz (Warszawa) używał w 8 przypadkach surowicy Marmoraka, raz tylko z dobrym, a te złe wyniki odnosi do późnego zastosowania leczenia.

Wnioski kol. Sołowija (Lwów) jednogłośnie uchwalono.

Uchwalono również, by urządzić w niedzielę dn. 22 lipca nadzwyczajne posiedzenie sekcyi o godzinie 9 rano w klinice ginekologicznej.

2. *Posiedzenie z dnia 21 lipca, niedziela, w klinice ginekologicznej; początek o godz. 9·37 rano.*

Obecnych uczestników 44.

Przewodniczy w zastępstwie kol. Sielski (Lwów).

Sekretarze: kol.: Jaworski (Warszawa) i Dobrowolski (Kraków).

1. T. Borysowicz (Warszawa): **O stosowaniu szwu międzywęzełkowego** *(sutura internodosa)* przy niektórych plastycznych zabiegach, dokonywanych na dolnym odcinku macicy. (Demonstracya operacyi na wyrobach z gliny). Częstość omawianych operacyi przed 10 laty i obecnie słuszność zarzutów, podnoszonych na posiedzeniach towarzystwa ginekologicznego w Paryżu i w czasopismach włoskich, przeciw operacyom dokonywanym na dolnym odcinku macicy. Ogólne zasady, które należy przestrzegać, przy dokonywaniu tych operacyi, dla uniknięcia blizn i zniekształtnienia narządów operowanych.

Ułatwienie i dokładność w kojarzeniu powierzchni i brzegów, wyciętych płatów, przy użyciu szwu międzywęzełkowego, szczególnie w tych miejscach, gdzie należy skojarzyć śluzówkę pochwową ze śluzówką kanału szyi macicznej, a mianowicie:

1. Przy odjęciu części pochwowej macicy.
2. Przy plastycznem rozszerzeniu ujścia zewnętrznego macicy.
3. Przy plastycznem rozszerzeniu zwężonego kanału szyi i ujścia wewnętrznego macicy.

Dyskusya.

Kol. Kośmiński (Lwów) używa tamponady gazą do wszczepienia płatków przy metodzie rozszerzenia szyi macicy Rosnera-Marsa i przypuszcza, że szew międzywęzełkowy czasami może spowodować obumarcie szczytu wszczepionego płatka.

Kol. prof. Mars (Lwów) wyraża wątpliwości co do skutków rozszerzanie operacyjnego górnego odcinka szyi.

Kol. Borysowicz zachęca do prób ze szwem międzywęzełkowym.

2. Józef Jaworski (Warszawa): **O powikłaniach ciąży, porodu i połogu wadami serca.** Sprawa, którą obrałem za przedmiot niniejszego odczytu przedstawia dużo wątpliwości i sprzeczności. Najprzód, brak zgody w zdaniu, co do przerostu serca, a także przyczyn wywołujących go podczas ciąży. Powtóre, przyczynowość występowania niewyrównania w krwi obiegu podczas ciąży, porodu i połogu różnie, nawet w każdym z tych okresów, tłumaczoną bywa. Następnie, w sprawie leczenia, rokowania w przypadkach tych powikłań spotkać można wprost przeciwne zdania.

Gerhard, Fritsch i Schlayer twierdzą, że serce przerostowi nie ulega, natomiast Larcher, Blot, Dreysel i Müller są zdania przeciwnego.

W moich spostrzeżeniach przez badanie fizykalne, a w I-ym i przez pośmiertne stwierdzić można było przerost, szczególniej lewej komórki. Powstawanie tego przerostu tłumaczone jest przeważnie zmianą w ciśnieniu krwi, warunkowaną nowym łożyskowym krwiobiegiem i ogólnem zwiększeniem się samej ilości krwi.

Te same czynniki, które wpływają na przerost serca podczas ciąży, ważną odgrywają rolę w powstawaniu niedomogi przy wadach serca ciężarnych i położnic. W 2-giej połowie ciąży krwiobieg łożyskowy zwiększa ciśnienie tętnicze, którego regulowanie pozostaje w zależności od pracy lewej komórki, dlatego przy niedomykalności zastawek aorty groźne objawy niedomogi pojawiają się w drugiej połowie ciąży a najsilniej podczas porodu. (Spostrzeżenie moje I.)

Spiegelberg w tych okolicznościach uważa za wskazany sztuczny przedwczesny poród.

Przy niedomykalności i zwężeniu lewego otworu żylnego, zaś groźne objawy niedomogi występują w połogu. Wobec takich danych, zdaniem Spiegelberga, przy zrównoważonej choćby częściowo niedomykalności zastawki dwudzielnej, przedwczesny, sztuczny poród bywa przeciwskazany.

Niedomykalność zastawki dwudzielnej uważaną jest przez innych klinicystów za niebezpieczną nietylko w połogu, lecz także podczas ciąży i porodu (vide: Spostrzenie moje III).

Groźne zaburzenia po porodzie przy wadzie tej objaśnia Fritsch nagromadzeniem się krwi w systemie naczyniowym jamy brzysznej, wywołanem obniżeniem się w niej ciśnienia. Tą samą drogą powstają uporczywe krwotoki poporodowe u położnic z chronicznemi wadami serca.

Według Schrödera niebezpieczeństwo wogóle przy niezrównoważonej wadzie serca największe jest podczas porodu i bezpośrednio po porodzie, a zależy od opróżnienia lewego serca, wskutek zmniejszenia się ciśnienia w jamie brzusznej. Zdaniem Mourice Costa nagła śmierć po porodzie zawsze zależy od zmian w mięśniu sercowym, które się rozwijają, bądź od zaburzeń czynnościowych, poprzedzających poród (vide: Spostrzeżenie moje X), lub wskutek gorączki porodowej.

Leyden, w swej pracy: »Ueber die Komplication der Schwangerschaft mit chronischer Herzkrankheit«, podaje następujące przyczyny niebezpieczeństwa dla ciężarnych i położnic z wadą serca. Najprzód, brak, lub niedostateczny przerost serca właściwy ciąży i osłabienie czynności serca wskutek niedomogi jego po porodzie. Powtóre, utrudniony krwi obieg w płucach w końcu ciąży, podczas i po porodzie (vide: Spostrzeżenia moje I, III). Nareszcie, powstająca w tych razach plethora, hydremia, zwiększające pracę serca w ciąży (vide: Spostrzeżenia moje VII i X). Zgubny wpływ tych powikłań na ciążę wyraża się także bardzo częstemi poronieniami, lub przedwczesnymi porodami. Głównie dotyczy to wieloródek, (vide: Spostrzeżenie moje II i V). Odnośna statystyka wyraża % tych poronień najwyższą cyfrą 48 do 50 (Leyden, Guérard, Peter). Od tej statystyki odbija cyfra podana przez Roemhelda, który na 235 przypadków przedwczesnego nawykowego porodu, nie przytacza w żadnej obserwacyi tego momentu etiologicznego. W każdym razie, przy powtarzających się przedwczesnych porodach, trzeba mieć na uwadze zdanie Poraks'a, aby u chorych takich wysłuchiwać dokładnie serce.

Zadanie lecznicze polega na stosowaniu metody farmakologicznej, o ile wada serca choć częściowo bywa zrównoważoną. Wytrwałe stosowanie metody tej, według ogólnych wskazań i zasad, dać może dobre wyniki (vide: Spostrzeżenia moje IV i VI). Gdy zaś podczas ciąży występują groźne objawy dyskompensacyi, wskazany jest sztuczny przedwczesny poród.

Tego zdania są: Fritsch, Spiegelberg z ograniczeniem co do wady zastawki 2-dzielnej) Löhlein, Leyden, Schröder. Zwolennikami terapii wyczekującej są: Wessner, Fehling, Winckel, Kleinwächter. Zadania lecznicze podczas samego porodu polegać winny na dążeniu do skrócenia i zmniejszenia pracy porodowej, wykluczeniu od działania tłoczni brzusznej. W okresie poporodowym wykonywa się ucisk na brzuch; podaje się środki podniecające i bacznie się śledzi za zmianami w tętnie. Rokowanie przy tych powikłaniach pozostaje zawsze poważnem, istnieje opis przypadków (Remy, Leopold, Zweifel), gdzie przy zupełnej euforyi następowała niespodzianie śmierć. Statystyka śmiertelności waha się w szerokich granicach: % wyraża się cyframi: 0—Vinay, 7, 1%—Schneider, 71,4 %—Lublinsky, Bery-Hart—87,5 % i t. d. W moich przypadkach % śmiertelności wynosiła 30%. Podług Leydena 40% ciężkich przypadków chronicznych chorób serca ginie wskutek ciąży i połogu.

Krótkie streszczenie własnych spostrzeżeń.

I. 24-letnia. Silna budowa pierwiastka w IX m. ciąży. Wystawanie gałek ocznych; wól, obrzęki, sinica, duszność. Tętno 120—130. Skurcze serca bardzo niemiarowe, prawdziwe *folie du coeur. Arterialitas venarum. Bruit du diable.* Bicia serca płodu daje się wysłuchać. Objawy duszności coraz większe. Cięcie tchawicy. Śmierć przy objawach obrzęku płuc. Autopsia. Hypertrophia cordis. Insufficientia v. v. aortae et v. mitralis. Endoaortitis. Oedema pulmonum.

II. 34-letnia; uprzednio 2 poronienia. Ciąża IV. w m. VIII. m. Plethora; Hydremia. Oedema faciei et pedum. Insufficientia v. mitralis et v. v. semilunarium aortae. Discompensatio. Na sztuczny poród nie zgadza się. Śmierć przed rozwiązaniem, przy objawach niedomogi serca.

III. 23-letnia pierwiastka. Graviditas in VIII m. Rheumatismus articulorum exacerbatus. Insufficientia v. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Discompensatio. Poród rozpoczęty siłami natury, ukończony nałożeniem wysokich kleszczy. Podczas porodu i po porodzie groźna zapaść. Zejście pomyślne.

IV. 25-letnia pierwiastka. Graviditas in VII. Insufficientia v. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Discompensatio (umiarkowana) spokój. Cardiaca. Poprawa. Poród i połóg odbyła pomyślnie.

V. 28-letnia. 4 para; uprzednio 2 poronienia. Graviditas in VI m. Plethora oedema et cyanosis faciei; oedema pedum. Insufficientia v. v. aortae et v. mitralis. Nephritis chr. Atak drgawek porodowych. Partus praematurus artificialis. Zejście pomyślne.

VI. 34-letnia. 6 para. Graviditas in VIII m. Morbus Basedovii. Insufficientia v. mitralis relativa. Ostatnią ciążę znosi gorzej niż poprzednie. Terapia wyczekująca, daje dotychczas dobry wynik.

VII. 40-letnia pierwiastka, bardzo słabej budowy. Graviditas in III m. Insufficientia v. v. aortae et v. mitralis. Nephritis chr. Arteriosclerosis. Dyskompensacya w umiarkowanym stopniu, lecz osłabienie i wyczerpanie wielkie. Metrorrhagia bez widocznej przyczyny i następnie urodzenie mola carnosa.

VIII. 26-letnia. 3 para. Graviditas in V m. Rheumatismus chr. exacerbatus. Endocarditis. Insufficientia v. mitralis relativa. Embolia. Hemiplegia sinistra. Ciąża dobiegła do końca. Zejście pomyślne.

IX. 33-letnia. 3 para. Poród bliźniaczy rozpoczęty. Groźne objawy dyskompensacyi. Insufficientia v. mitralis. Kleszcze wyjściowe. Obrót 2-go dziecka na nóżkę z następnem wydobyciem płodu. Zejście pomyślne.

X. 30-letnia pierwiastka, uprzednio poronienie w 3-im miesiącu. Graviditas in IX m. Wielka, napadowa duszność; 60 oddechów na minutę. Tętno 110—120. Oddech pęcherzykowy zaostrzony, w plwocinie krew. W moczu 5% białka; liczne wałeczki drobnoziarniste i hyalinowe. Myocarditis. Nephritis interstitialis. Zaproponowano sztuczny poród. W kilkanaście godzin po naradzie poród rozpoczął się sponte. Nader groźna zapaść. Kleszcze wysokie. Połóg prawidłowy. Po pewnym czasie nagła śmierć.

1. Liczebnie nieduży, lecz różnolity ten materyał kliniczny nastręcza pewne uwagi.

Naprzód, pozostaje fakt, zaprzeczyć się nie dający, że wady serca podczas ciąży, porodu i połogu są powikłaniem bardzo poważnem.

2. Powtóre, że ciąża obostrza przewlekłe sprawy chorobowe serca i wywołać może cierpienia następcze. (Spostrzeżenie III, VIII i X).

3. Po trzecie, że po przejściu ciąży, lub jej przerwaniu naturalnem, czy sztucznem, naruszony krwiobieg stopniowo się wyrównywa.

4. Po czwarte, że przypadki, gdzie niema zmian degeneracyjnych w mięśniu serca, pomimo istniejącej wady i przy metodzie leczniczej wyczekującej, przebiegać mogą pomyślnie. (Spostrzeżenie IV i VI).

5. Nakoniec, że właściwa pomoc akuszeryjna podczas porodu, nawet przy groźnych objawach dyskompensacyi, odwrócić może niebezpieczeństwo. (Spostrzeżenia moje: III, V, VII, IX, X).

Dyskusya.

Kol. prof. Mars (Lwów) zaznacza, że im ciąża przy wadzie serca jest wcześniejsza, tem byłby skłonniejszy do przerwania ciąży, im zaś ciąża jest bliżej kresu fizyologicznego, tem byłby bardziej biernym i wcaleby porodu przedwczesnego nie starał się wywoływać.

Kol. prof. Jordan (Kraków) podziela zapatrywanie prof. Marsa i porusza kwestyę, co radzić kobiecie, która miała objawy niedomogi już przy jednym porodzie. Stwierdza, że nie trzeba apodyktycznie zabraniać tym kobietom zastąpienia, gdyż dalsze porody mogą przebiegać prawidłowo.

Kol. Kośmiński (Lwów) zwraca uwagę, by przy wadach serca być bardzo ostrożnym w prognozie.

Kol. Lax (Kraków) przytacza statystykę swych przypadków, przyczem potwierdza, jak trudno postępować przy wadach serca i trudno ocenić wskazania.

Kol. Jaworski (Warszawa). Podzielając ważność zmian w mięśniu sercowym, podnosi ważność indywidualizowania przypadków.

Kol. prof. Mars (Lwów) zaznacza w końcu, że prelegent kol. Jaworski stanął na stanowisku współczesnej nauki w omawianej sprawie.

3. Doc. Dr. Stanisław Braun z Krakowa. **Rozpoznanie i leczenie pierwszej połowy ciąży pozamacicznej.** Jeżeli uwzględnimy, jak różnoraki jest przebieg ciąży pozamacicznej, to zrozumiemy z łatwością, dlaczego rozpoznanie ciąży pozamacicznej wogólności a w pierwszej jej połowie w szczególności napotyka na tak wielkie trudności. Że tak jest w rzeczywistości, dowodzi tego historya położnictwa, która nas poucza, że jedynie dla trudności rozpoznawczych, dowiedział się ogół lekarski, że jajo płodowe może się rozwijać i poza granicami macicy dopiero w XI wieku — pierwsze opisy ciąży pozamacicznej pochodzą z XVI, a krytyczne ocenienie sprawy dopiero z końcem XVIII a początkiem XIX w. Na właściwe tory atoli weszła sprawa ciąży zamacicznej dopiero w ostatniej ćwiartce bieżącego stulecia, skoro metoda fizycznego badania chorych, a szczególnie ginekologicznego, uległa rozwojowi i udoskonaleniu — skoro z pomocą antiseptyki i aseptyki zaczęto w ciąży zamacicznej otwierać jamę brzuszną, przez co nadarzyła się sposobność, że można było prównać i zestawić wyniki badania ze stosunkami anatomicznemi, gdy preperat ciąży pozamacicznej zaczęto poddawać ścisłemu badaniu anatomicznemu tak makro jak i mikroskopowemu, gdy w wypadkach nagłej śmierci z powodu ciąży pozamacicznej zaczęto zwłoki zamrażać i robić roz-

liczne przekroje, co nie mało przyczyniło się do wyjaśnienia stosunków anatomicznych i topograficznych ciąży zamacicznej. Jeżeli atoli pomimo znacznego postępu jeszcze nie zawsze udaje się nam rozpoznać ciąża pozamaciczna, a nadto jeszcze za wielki procent wypadków pozostaje nierozpoznanych i przeoczonych, to na to składają się następujące okoliczności. Po pierwsze uważać musimy ciążę pozamaciczną, choć w obecnem piśmiennictwie położniczem spotykamy się z licznemi opisami tejże, że powikłanie procesu płodzenia niecodzienne, bardzo rzadkie, powtóre nie mamy sposobności spostrzegania ciąży pozamacicznej od jej zawiązku do jej zejścia — chore bowiem dotknięte ciążą pozamaciczną nie doznają w pierwszych miesiącach ciąży żadnych dolegliwości — szukają pomocy lekarskiej zwykle dopiero wtedy, kiedy wystąpią pierwsze objawy przerwania ciąży jak gwałtowne bole brzucha, połączone z omdlewaniami i krwotokiem wewnętrznym Wtedy mamy zadanie trudne do rozwiązania, najpierw ze objawy przerwania ciąży naśladować mogą różne sprawy chorobowe brzucha, jak pęknięcie wrzodu okrągłego żołądka — pęknięcie jelit urazowe lub po wrzodach durowych — pęknięcie tętniaka, torbielaka jajnikowego — ropnia trąbkowego, ropnia wyrostka robaczkowego — skręcenie nagłe szypuły jajnikowego torbielaka i t. p. — badanie takich chorych zwykle zbolałych osłabionych - niedokrewnych jest utrudnione, a nieraz niemożebne, aby przez większe obmacanie brzucha nie sprowadzić większego krwawienia. Jeżeli się uwzględni, że i w ciąży macicznej dopiero w drugiej połowie rozpoznanie jest pewne, i że w ciąży zamacicznej mamy do czynienia z podwójnemi objawami, bo raz z objawami pochodzącemi od samego procesu płodzenia, a powtóre od nieprawidłowego usadowienia się jaja płodowego, to zrozumiemy, że rozpoznanie ciąży pozamacicznej w pierwszej połowie będzie dla lekarza zadaniem trudnem.

Podczas gdy rozpoznajemy ciążę pozamaciczną w drugiej połowie, daleko prędzej i łatwiej i prawie na pewne, bo wystarczy wykazać obok objawów ciąży prawdopodobnych, jak braku regularności pokarmu w sutkach, rozpulchnienia i zasinienia sromu pochwy, dwa guzy obok siebie ułożone, z których jeden odpowiada powiększeniu macicy, drugi zaś zawiera płód, dający się wykazać przez części płodu balotujące — tętno płodu i ruchy, jeżeli jest płód żywy, to w pierwszej połowie rozpoznajemy najczęściej z prawdopodobieństwem, wyjątkowo zaś na pewno. Nie wystarczy bowiem wykazać obok objawów ciąży prawdopodobnych powiększona i rozpulchniona macica, a obok niej guz miękki elastyczny i niebolesny, ale trzeba wykluczyć cały szereg spraw najczęściej chorobowych. które ciążę maciczną naśladować mogą. Do takich spraw zaliczamy 1) macicę ciężarną, w której trzon tak jest rozpulchniony i wodą płodową napięty, że może być uważany za guz, obejmujący jajo płodowe, szyjkę wydłużoną, że może naśladować powiększoną macicę, a dolny odcinek tak rozmiękły i wydłużony, że może naśladować szypułę, łączącą trzon macicy z workiem płodowym; 2) macicę ciężarną odchyloną ku tyłowi, gdzie znowu trzon w tylnem sklepieniu umieszczony uważać można za jajo płodowe, a wydłużoną szyjkę za macicę; 3) macicę ciężarną, około której znajdują się guzy elastyczne, wychodzące z dodatków; 4) macicę zwijającą się w połogu z guzami dodatków; 5) macicę nieciężarną a obok niej torbiel jajnika; 6) macicę nieciężarną, a obok niej wypociny zapalne okołomaciczne; 7) macice z włókniakami podsurowiczemi; — 8) macicę dwurożną, w której ciąża rozwija się w jednem rogu; 9) macicę szczątkową, w której w rogu utrzymanym rozwija się ciąża; 10) skręcenie szypuły torbielaka jajnikowego naśladujące przerwanie ciąży.

Po rozpoznaniu ciąży pozamacicowej należy odpowiedzieć, czy 1) ciąża rozwija się dalej; 2) czy ciąża jest przerwana, a to czy odbywa się przerwanie ciąży, czy też jest już przerwanie dokonane.

1) Jeżeli rozpoznajemy ciążę pozamaciczną, a chora dotąd cieszy się jak najlepszym zdrowiem, to mamy do czynienia z ciążą utrzymaną.

2) Jeżeli rozpoznajemy ciążę pozamaciczną, a osoba ta przedtem zupełnie zdrowa bez najmniejszego zewnętrznego powodu w 6—16 tygodniach ciąży dostaje nagle napadów gwałtownych bólów w dolnej połowie brzucha, połączonych z omdlewaniami i niekiedy krwotokiem z pochwy, a badanie przedmiotowe obok znacznej niedokrewności stanu bezgorączkowego stwierdza guz około macicy, który się po każdym napadzie bólów powiększa, rozpoznajemy przerwanie się ciąży pozamacicznej i to, jeżeli wystąpią gwałtowniejsze bóle z ciężkim zapadem a guz około macicy bardzo szybko się powiększył, rozpoznajemy przerwę przez pęknięcie trąbki (*ruptura salpingis*); jeżeli bóle występują napadowo, jednak mniej gwałtowne z lekkiemi omdleniami a guz około macicy powoli po każdym napadzie zmienia swój kształt i rośnie, to mamy przed sobą poronienie trąbkowe (abortus tubarius) lub zasniad trąbkowy (mola tuberia).

3. Jeżeli wreszcie bole i omdlenia po niejakim czasie zupełnie ustąpią a około macicy wytworzony guz przedstawia typowy obraz krwisteku około macicznego (haematocele periuterina) lub guza krwawego (haematoma intra traperiton) nie powiększającego się dalej, to rozpoznajemy ciążę pozamaciczną już przerwaną a jako jej ostateczne zajście będzie krwistek lub krwiak.

Leczenie w pierwszej połowie ciąży pozamacicznej powinno być: 1) zapobiegawcze tj. powinniśmy usunąć jak najdokładniej wszelkie zboczenia w położeniu macicy trąbek a przedewszystkiem procesy zapalenia trąbek na tle rzeżączki w zakażeniu połogowem powstała jako momenta usposabiające powstanie ciąży pozamacicznej.

2) Ciążę pozamaciczną już powstała uważać na równi z nowotworami za niebezpieczne powikłanie procesu płodzenia i usunąć z organizmu jak najprędzej, i dlatego jeżeli *a*) jest ciąża utrzymana, dążyć do zniszczenia jaja płodowego i przez to uniemożliwić dalszy rozwój albo jajo wyciąć. Do pierwszego celu dążyć mają środki podkopujące siły matki i tem samem mające zniszczyć jajo, obecnie zaniechane jak głodzenie matki często upusty krwi, środki przeczyszczające kali jodatum i strychnin wewnętrznie podane, wcieranie rtęci i zbrodnicze zaszczepianie sztuczne kiły, dalej jeszcze dzisiaj stosowane przekłucie worka płodowego od powłok brzusznych lub pochwy sprowadzające nieraz krwotok wewnętrzny, zapalenie i zakażenie otrzewnej, dalej wstrzykiwanie morfiny do worka płodowego, silny ucisk — przekłucie igłami elektrycznemi worka i przeprowadzenie prądu stałego — lub elektryzowanie prądem przerywanym silnym — środki niebezpieczne dla matki. Najracyonalniejsze postępowanie jest Lawson Tait'a, który radzi wyciąć guz obejmujący jajo przez powłoki brzuszne lub od pochwy;

b) w wypadkach przerywania się ciąży czy przez pęknięcie trąbki czy też przez poronienie trąbkowe, jak długo tętno dobre — brzuch nie bardzo nadęty i niebolesny, wykonać laparotomią, bo wyczekiwanie niepewne i niebezpieczne;

c) tylko wrazie znacznej niedokrewności słabego

tętna, znacznego podrażnienia otrzewnej leczyć symptomatycznie podając środki skrzepiające i przeciw zapalne.

3. Jeżeli mamy do czynienia z przerwaniem ciąży dokonanem, to leczyć wytworzony krwistek lub guz krwawy lecz nie rosnący objawowo środkami przyspieszającemi wessanie. Do operacyi uciekać się gdy krwistek albo rośnie — albo uległ zropieniu lub wreszcie gdy przez długi czas nie zmniejsza swoich wielkich rozmiarów.

Do wszystkich tych wypadków nadaje się lepiej otwarcie jamy brzusznej od powłok brzusznych niż od strony pochwy, choć tą ostatnią drogą należy zawsze wypuszczać zropiały krwistek.

XX. Sekcya medycyny sądowej i toksykologii.

II. posiedzenie w poniedziałek 23 lipca.

Przewodniczy Prof. Dr. Sieradzki.

Dr. E. Klęsk. (Kraków). **Samobójstwo.** Ogólne poglądy na przyczyny samobójstwa.

Historya samobójstw i statystyka europejska tychże.

Zależność samobójstwa i ich liczby od rasy, klimatu, pór roku i t. d.

Samobójstwa w mieście a na wsiach.

Zaraźliwość samobójstwa.

Zwykłe sposoby odbierania sobie życia.

Sposoby rzadsze.

Powody moralne i fizyczne odbierania sobie życia.

Psychologia samobójstwa. Listy samobójców.

Samobójstwo w kilka osób i odróżnienie tegoż od morderstwa wielokrotnego.

Samobójstwa w wojsku.

Zestawienie samobójstw z ostatnich lat w Krakowie.

Prof. Sieradzki zauważa, że we Lwowie najczęstszym sposobem odebrania życia jest powieszenie. Zabierali jeszcze głos Dr. Dehnel, prof. Wachholz i Dr. Niezabitowski.

Dr. Edward Niezabitowski. **Krajowa fauna zwłok i jej znaczenie dla oznaczenia chwili i miejsca śmierci** Mégniu w pracy swej wydanej w roku 1894 w Paryżu a zatytułowanej: »*La faune des cadavres*« dzieli przeciąg czterech lat potrzebnych do zniszczenia części miękkich zwłok na 8 okresów, stosownie do owadów, jakie w tym czasie na zwłokach się ukazywały. Przedmiotem badań Mégnin'a były zwłoki jużto pochowane w ziemi, jużto w jaki inny sposób ukryte a tem samem niewystawione bezpośrednio na działanie powietrza i wpływów atmosferycznych.

Zachęcony przez Prof. Dr. Wachholza zająłem się w roku 1899 zbadaniem owadów żyjących na zwłokach pozostawionych na wolnem powietrzu a to pod względem czasu i kolejności w pojawianiu się ich. Badania moje przeprowadzałem częścią na zwłokach ludzkich w zakładzie medycyny sądowej, częścią na wsi na zwłokach zwierzęcych. W pierwszej linii chodziło mi o sprawdzenie twierdzenia, Laboulbéna, że inne owady żyją na zwłokach ludzkich a inne na zwierzęcych. Badania moje tego jednak nie potwierdziły, gdyż gatunki zebrane na zwłokach ludzkich przez Prof. Dr. Wachholza i przezemnie, były identyczne z gatunkami, które zbierałem na zwłokach zwierząt ssących, ptaków i zwierząt zimnokrwistych. Co do czasu w jakim części miękkie zwłok wystawionych na wpływy atmosferyczne w ciepłej porze roku mogą uledz zniszczeniu zupełnemu, to czas ten jest stosunkowo bardzo krótkim. Ze zwłok badanych przezemnie po upływie dni czternastu pozostał prawie czysty szkielet i tylko szczątki ścięgen gdzieniegdzie przez jakiś czas jeszcze opierały się zniszczeniu. W ciągu tych 14-tu dni zebrałem na zwłokach przeszło 40 gatunków owadów przeważnie much i chrząszczy.

Z innych rodzajów trafiały się nieliczne Siatkoskrzydłe (*Panorpa*) i Błonkoskrzydłe (*Ichneumonidae*) składające jajka swe w gąsienice much. Z roztoczy występywały bardzo licznie *Gamasidae.*

Z pomiędzy tych wszystkich gatunków niektóre tylko pojawiały się w znaczniejszej ilości i w pewnym stałym okresie czasu, to też głównie wziąłem pod uwagę i poniżej je podaję zaznaczając przy każdym czas pojawienia się, czas w którym dany gatunek najliczniej występuje i czas w którym znika.

Z much: *Musca carvina Fabr.* pojawiła się bardzo licznie w pierwszym dniu, następnie znikała i odtąd tylko pojedyńcze okazy ukazywały się.

Lucilia caesar L. jest najpospolitszą muchą na zwłokach, czas najliczniejszego jej pojawu przypada na dzień drugi do 7-go Gąsienice tej muchy, występują w niezliczonych masach począwszy od drugiego dnia na zwłokach a dorósłszy około 10-go dnia do 12 mm. długości znikają, aby się przepoczwarczyć w ziemi.

Od dnia 10-go można tylko nieliczne okazy gąsienic muszych napotkać. Równocześnie z Lucilią ale w mniejszej ilości pojawia się *Calliphora vomitoria L.* lub erythroceophala i *Sarcophaga carnaria L.*

Z pomiędzy chrząszczy najpierw bo około 3-go dnia ukazuje się *Silpha sinuata* Fabr., w 6-ym dniu ilość jej dochodzi do maximum, poczem nielicznie pojawia się do dnia 14-go.

W czwartym dniu pojawia się *Saprinus nitidulus Payk.* okołe 9-go dnia ilość jego jest największa, poczem stopniowo się zmniejsza, ale zupełnie znika dopiero około dnia 14-go.

W piątym dniu zjawia się *Hister cadaverinus* Hoffm., w 7-ym jest najliczniejszym poczem dość szybko znika. Około 5-go dnia pojawia się również *Emus Maxillosus* Fabr.. około 8-go d. ilośc jego jest największą, w małej zaś ilości pojawia się dopóki najmniejsze szczątki na kościach pozostają.

Philonthus aenaeus Rossi pojawia się około 5-go dnia, w 7-ym dniu występował najliczniej, po dziesiątym znikał.

Necrodes litoralis Leach. Pojawiał się około 6-go dnia, 9-go d. był najliczniejszym, poczem w dość znacznej ilości znajdował się do dnia 14-go.

Na zwłokach położonych wśród lasu występywały te same rodzaje owadów, a tylko gatunki niektóre ulegały zmianie tak n. p.: *Silpha sinuata* znajdowała się zawsze na zwłokach położonych na polu, *Silpha thoracica* na zwłokach położonych wśród lasu.

Zabierali głos: Prof. Wachholz, Dr. Dehnel, Dr. Zoll, Prof. Sieradzki i prelegent.

Dr. Horoszkiewicz (Kraków). **Z kazuistyki rzadszych pośmiertnych obrażeń zwłok przez pasorzyty zwierzęce**. (z demonstracyą). H. zauważył na zwłokach kilkotygodniowego dziecka płci żeńskiej liczne otarcia naskórka, umiejscowione przedewszystkiem na szyi i w okolicy części płciowych zewnętrznych. Otarcia te kształtu nieregularnego, pergaminowato zeschnięte i niepodbiegnięte krwią, budziły z uwagi na swe umiejscowienie, kształt niektórych, jakoteż i ilość słuszne podejrzenie, czynu zbrodniczego. Sekcya jednak stwierdziła śmierć naturalną, a z wywiadów okazało się, iż otarcia te powstały przez ugryzienie karakonów (*Blatta germanica*). Odnośne doświadczenia dokonane przez H. który podawał karakonom świeże kawałki skóry z zwłok wycięte, dowiodły, po pierw-

sze, iż wspomniane zwierzęta żerują na zwłokach a dalej co ważniejsze, że otarcia naskórka powstałe skutkiem ugryzienia karakonów są zrazu niewidoczne i stają się widocznemi dopiero po pewnym czasie mianowicie po dokładnem wyschnięciu powłok.

W dyskusyi zabierali głos: prof. Wachholz, Dr. Prof. Sieradzki, Dr. Dehnel.

Dr. Gliński i Dr. Horoszkiewicz (Kraków). **Zmiany mikroskopowe przy oddzielaniu się pępowiny oraz sądowo-lekarskie znaczenie tych zmian.** Prelegenci sprawdzając badania Prof. Kockela nad drobnowidowymi zmianami w pępowinie przy oddzielaniu się, na zasadzie których K. oznacza, czy dziecko urodziło się żywo lub nieżywo, jakoteż jak długo żyło po urodzeniu, zbadali drobnowid. 27 pępowin, z tych 16 z płódów nieżywo urodzonych, 11 — z noworodków, które żyły 2 godziny — 5 dni. Na 16 przypadków u 7 płodów nież. urodzon. lecz donoszonych, znaleziono w przybrzeżnych warstwach części pogranicznej pępowiny nieznaczne wprawdzie lecz mimo to wcale wyraźne nacieki leukocytowe, których usadowienie w warstwach pogranicznych K. uważa za charakterystyczne dla płodów żywo urodzonych; w pozostałych 9 pępowinach płodów nieżywo urodzonych, nacieków nie znaleziono. Podobnież nie znaleziono zupełnie nacieków u płodów, które żyły 2, 4, 6, 10, 20 godz., u jednego noworodka 12-godzinnego znaleziono dość liczne leukocyty, nie tworzące jednakże nigdzie gęstszego nacieku; u 17-godz. noworodków znaleziono rozległe zbite nacieki w warstwach przybrzeżnych; wreszcie u dwojga dzieci 3-dniowych oraz u jednego 4-dniowego i jednego 5-dniowego znaleziono zbite nacieki leukocytowe prawie na całym przekroju pępowiny, ułożone w ten sposób, iż tworzą jakby linię demarkacyjną między pępowiną a pępkiem skórnym, widoczną już wyraźnie makroskopowo.

Na zasadzie tych badań przychodzą prelegenci do następujących wniosków: 1) drobnowidowe badania oddzielającej się pępowiny nie posiadają większego znaczenia sądowo-lekarskiego. gdyż *a*) obecność drobnych przybrzeżnych nacieków leutocytowych nie dowodzi jeszcze wbrew twierdzeniu Koekela, iż płód żył; *b*) brak tych nacieków nie dowodzi, iż płód urodził się nieżywo; *c*) badania te nie dają możności ocenienia, jak długo żył noworodek; *d*) obecność rozległych nacieków pogranicznych na całym przekroju świadczy tylko o dłuższem (2—5 dni) życiu noworodka, co zazwyczaj daje się ocenić już badaniem makrorskopowem; jednem słowem badanie to daje nam bez porównania mniejszą pewność, niżeli inne prostsze w zastosowaniu próby, przedewszystkiem zaś próba płucna. żołądkowo-jelitowa; 2) oddzielenie się pępowiny odbywa się przeważnie drogą zapalenia demarkacyjnego, choć w pewnych razach pępowina, być może, oddziela się wprost pod wpływem zmian mollekuralnych w tkance nieodżywianej i wysychającej (przemawiałby za tem przypadek, gdzie jeszcze u 20 godzin płodu nie znaleziono ani śladu leukocytów); 3) oddzielanie się pępowiny, a właściwie pierwsze ślady mającego się rozpocząć oddzielenia mogą występować w pępowinach płodów spoczywających w łonie matki, co jednakże spotyka się tylko u płodów donoszonych.

Dr. F. Obtułowicz: **Przyczynek do nauki o znaczeniu wynaczynionek pod względem sądowo-lekarskim.** Tardieu uważał wynaczynionki pod błonami surowiczemi, szczególniej wynaczynionki podopłucnowe i podosierdziowe za znamienną cechę dla śmierci z nagłego uduszenia.

Z biegiem czasu i rozwoju nauk lekarskich charakterystyka ta wynaczynionek doznawała coraz to większego ograniczenia i z roli pierwszorzędnego znaczenia spadła na poziom drugorzędny, chociaż objaw ten stanowił zawsze cenny przyczynek w szeregu zmian pathognomonicznych w przypadkach nagłego uduszenia.

Prelegent na podstawie własnych spostrzeżeń wykazuje:

1) że wynaczynionki podopłucnowe i podosierdziowe występują i w przypadkach nie mających nic wspólnego z śmiercią skutkiem nagłego uduszenia — albowiem stwierdził liczne i wybitne wynaczynionki pod opłucną i pod osierdzem u noworodka, który żywy, wkrótce po urodzeniu się w sposób prawidłowy — został w sposób zbrodniczy przez matkę wyrzucony przez okno na bruk i zginął skutkiem roztrzaskania czaszki i krwotoku śródczaszkowego.

2) że u noworodków urodzonych nieżywo, gdzie próba płucna nie wykazywała wcale wyniku dodatniego, a nawet u płodów niedonoszonych, również dość często stwierdzał wybitne wynaczynionki podopłucnowe i podosierdziowe.

Proces zatem oddechania nie ma nic wspólnego i nie wpływa częstokroć na powstawanie wynaczynionek, które powstają skutkiem pękania naczyń włosowatych w następstwie zadrażnienia ośrodka naczynioruchowego i spotęgowania parcia ościennnego w układzie naczyniowym.

Prof. Dr. L. Wachholz (Kraków): **O rozpoznawaniu śmierci z uduszenia; wartość i znaczenie rozpoznawcze obecności płynnej krwi.** W. podnosi brak wszelkich znamion rozpoznawczych dla śmierci z uduszenia, w szczególności podnosi obecnie powszechnie już stwierdzony brak rozpoznawczego znaczenia wynaczynionek podsurowiczych i t. d. Ważnym dotychczas szczegółem, na którym opierano rozpoznanie śmierci z uduszenia po wykluczeniu innych przyczyn, było stwierdzenie obecności w sercu i w wielkich naczyniach zwłok obecności płynnej krwi. Zdaniem wszystkich autorów przemawia obecność włóknikowych skrzepów krwi wplecionych między beleczki ściany serca wprost przeciwko przypuszczeniu nagłej śmierci, tem samem przeciwko śmierci z gwałtownego uduszenia, doświadczenie bowiem wykazało, że krew w tych razach bywa płynną lub rzadko kiedy wiotko skrzepłą. Wedle Brouardela zależy zachowanie się krwi w sercu od czasu podjęcia sekcyi, albowiem zauważył on wiotko skrzepłą krew w sercu psa powieszonego a sekcyonowanego w 10 minut po śmierci krew zaś płynną u drugiego psa powieszonego a sekcyonowanego w 24 godzin po śmierci. Zdaniem jego krew zrazu krzepnie wiotko po śmierci nagłej a potem się rozpuszcza, tymczasem W. przekonał się na podstawie szeregu doświadczeń na kotach i psach w różny sposób nagle i przewlekle duszonych (zadzierzgnięcie, utopienie-uduszenie pod kloszem), że przy sekcyi wykonanej w 10 minut po śmierci bywa w tych razach krew zawsze płynną, że krzepnie ona wkrótce po wlaniu jej do naczynia, formując zbity, włóknikowy skrzep i że zawiera ona ciałek białych nieco mniej niż za życia; że natomiast przy sekcyi w 24 godzin po śmierci znajdywał stale w zwłokach zwierząt obok krwi płynnej wiotkie i włóknikowe, często między beleczki wlecione skrzepy i że w znajdywanej krwi płynnej ilość ciałek białych była znacznie mniejszą niż za życia oraz mniejszą od znajdywanej u zwierząt sekcyonowanych w 10 minut po śmierci. W ten sposób W. nie stwierdził słuszności dowodzeń Bronardela. Przy doświadczeniach tych zwracał uwagę na stan żołądka i jelit i przekonał się, że trawienie nie ma wpływu na krzepliwość krwi pośmiertną, jak to sądził Modica. Jeśli Maschka

na 234 przypadków śmierci z nagłego uduszenia znalazł 25 razy obecność skrzepów, to W. stwierdził je 22 razy na 100 przypadków śmierci z nagłego uduszenia sekcyonowanych w zakładzie sądowo-lekarskim. Do tych doświadczeń skłonił W. przypadek oceniany przez Wydział lekarski, w którym mimo iż śmierć wystąpiła nagle wskutek zadławienia, znalazły się wiotkie ciemne i białe włóknikowe, luźne i między beleczki wplecione skrzepy w sercu, oraz w zatokach żylnych. Wobec tych rezultatów dochodzi Wachholz do przekonania, że obecność skrzepów nawet włóknikowych i wplecionych między beleczki ściany serca nie przemawia przeciw nagłości śmierci a zatem i przeciw śmierci z uduszenia, nadto, że obecność skrzepów w tych przypadkach nie jest bynajmniej wyjątkowa. Samo przez się się rozumie, że stwierdzenie płynnej krwi przemawia w każdym przypadku za śmiercią nagłą w myśl dotychczasowego doświadczenia, a tylko, że obecność skrzepów jej nie wyklucza.

Zabierał głos Dr. Dehnel, prelegent i Prof. Sieradzki.

Dr. Horoszkiewicz (Kraków) **O wpływie otruć alkaloidami roślinnymi na przebieg stężenia pośmiertnego mięśnia sercowego**. H. dochodzi na mocy przeprowadzonych przez siebie w zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej badań do następujących wniosków:

1. Przeważna część alkaloidów roślinnych jak np. strychnina. nikotyna, pikrotoksyna, akonityna i inne podane zwierzęciu w dawce śmiertelnej przyspiesza znacznie wystąpienie pośmiertnego stężęnia mięśnia sercowego.

2. Stężenie występuje w tych przypadkach w mięśniu sercowym znacznie szybciej, aniżeli w innych mięśniach ustroju.

3. Niektóre z alkaloidów roślinnych jak np. muskaryna opóźniają wystąpienie stężenia mięśnia sercowego do tego stopnia, iż ono występuje później jak np. w przypadkach śmierci z gwałtownego uduszenia

4. Twierdzenie Strassmanna, iż mięsień sercowy ulegając stężeniu pośmiertnemu zmniejsza znacznie pojemność komór, skutkiem czego krew ż nich zostaje wypartą do naczyń jest zupełnie słuszne, przytem zaś zauważyć się daje, że z powodu silniejszego rozwoju mięśnia komory lewej, taż komora ulega wybitniejszemu stężeniu a tem samem dokładniejszemu opróżnianiu z zawartej w niej treści.

Zabierali głos Prof. Wachholz, Dr. Opolski, Prof. Sieradzki i Dr. Dehnel.

Prof. Dr. Sieradzki (Lwów): **13 przypadków śmierci z powieszenia.** Prelegent w krótkim przeciągu czasu sekcyonował 13 przypadków śmierci przez powieszenie. Dwa razy miał sposobność tylko zauważyć wynaczynionki podopłucnowe, nie przypisuje im też żadnego rozpoznawczego znaczenia. Obecność krwi płynnej zauważył w 11 przypadkach, w 2 przypadkach spostrzegał wiotkie ciemne skrzepy. Badanie dokładne tkanek na szyi wykazało w 7 przypadkach większe lub mniejsze wynaczynienie i to często odległe od bruzdy, skutkiem czego prelegent poleca dokładne badanie i preparowanie tkanek szyi wreszcie przechodzi inne szczegóły, na jakie zwracać się winno uwagę.

Prof. Dr. L. Wachholz i Doc. Dr. J. Lemberger (Kraków): **Jak długo daje się wykazać CO po śmierci w krwi zaczadzonych**. W. i L. dochodzą na podstawie swych doświadczeń do przekonania, że CO daje się we krwi zaczadzonych wykazać bardzo długo po śmierci i to tak we krwi gnijącej w otwartej kolbie, jakoteż w krwi rozlanej na szkiełkach i zasuszonej w zwykłej i podwyższonej ciepłocie. Krew zasuszona w wysokiej ciepłocie nie wykazuje obecności CO po upływie dwóch miesięcy wolnego stania na powietrzu, krew zaś gnijąca i zasuszona w zwykłej ciepłocie nie dozwala wykryć CO dopiero po upływie pięciu miesięcy. Stąd wynika, że dla celów praktycznych można krew z wrzekomo zaczadzonych celem jej zbadania przechować na szkiełku zegarkowem przez zasuszenie tejże w zwykłej ciepłocie w nieco grubszej (1 mm.) warstwie lub w jakiemkolwiek naczyniu, choćby nawet nieszczelnie zamkniętem, a wynik jej badania będzie jeszcze dodatnim, jeżeli badanie podejmie się przed upływem 5 miesięcy od jej przechowania. W zwłokach zwierząt (szczury białe) otrutych przez CO i pozostawionych gniciu dało się CO wykryć do dwóch miesięcy od chwili śmierci. Dodatkowo przekonali się W. i L., że CO wprowadzone do słoja, w którym umieszczano świeże zwłoki dzieci, przenika powłoki skórne nienaruszone bardzo łatwo tak, że już w pół godziny plamy pośmiertne się czerwienią a krew ich zawiera CO Hb. Szczegół ten dowodzi, że i po śmierci, t. j. do zwłok CO przez nienaruszone powłoki wniknąć może. Zgnilizna postępuje w zwłokach umieszczonych w atmosferze CO w równych zresztą warunkach znacznie powolniej, a wśród gnicia tak krew sama jak i plamy pośmiertne zrazu jasno czerwone przyjmują zwykłe ciemne zabarwienie a mimo to dają widmo CO Hb. Zachodzi tu zatem jakaś niewyjaśniona zmiana w barwiku spektralnie nie dająca się stwierdzić. W krwi zaczadzonych przechowanej wedle Jäderholma w zamkniętych flaszeczkach (w zgęszczonym na zimno roztworze boraksu) nawet po upływie dwóch lat stwierdzał W. bardzo wybitnie obecność CO a roztwór taki w pierwszych dniach jasno czerwony stawał się później ciemnym.

Sekcya XXI.

Gospodarz: Prof. O. Bujwid.
Sekretarz: Dr. Leonard Bier.
Obecnych członków 60.

Gospodarz proponuje na honorowych prezesów Dra Polaka z Warszawy, Dra Fronczaka z Buffalo i radcę Dra Merunowicza ze Lwowa, na sekretarzy Dra Bielańskiego, Dra Vlašaka z Kral Vinohradów, i Dra Eug. Piaseckiego.

Przewodniczący Dr. Polak:

1). Dr. Józef Zawadzki (Warszawa): **Organizacya pogotowia ratunkowego w naszych miastach**. Jako zasadę postawić należy, aby żadna z instytucyj tego rodzaju nie była obsługiwana przez personal lekarski niższy, lecz tylko przez lekarzy. Rzecz to w rozwoju instytucyi nader ważna, wtedy bowiem tylko możemy liczyć na pomoc doraźną dobrą. Do pomocy lekarz powinien mieć wyuczonych sanitaryuszy. Prócz tego lekarz powinien mieć z sobą wszelkie potrzebne mu do ratowania przyrządy, narzędzia i leki, a więc dobrą karetę przewozową, nosze, fotele, kufry z narzędziami, opatrunkami i lekami i t. p. Stacya w największem nawet mieście powinna być jedna. Na stacyi powinien dyżurować jeden lub więcej lekarzy, zależnie od częstości wypadków w mieście. Według obliczeń na każde 200.000 ludności wypadnie jeden lekarz dyżurny, w miastach więc o mniejszej liczbie ludności, a więc we wszystkich miastach Królestwa prócz Warszawy i Łodzi musi być zawsze na stacyi jeden lekarz, czyli że liczba lekarzy potrzebnych do obsłużenia stacyi musi być czterech. Naturalnie tam, gdzie jest dużo fabryk, ilość ta może okazać się niewystarczającą, w innych zaś miastach i mniejsza liczba wystarczy. Przy dyżurze jednego lekarza potrzeba trzech sanitaryuszy i dwóch woźniców; jeżeli zaś od-

ległości w miastach są małe, woźnice i wóz transportowy są zbyteczne.

Obliczony budżet wydatków na stacyą wynosi około 5.000 rb. rocznie, około 6.000 trzeba na urządzenie. Cyfry te zmniejszą się, gdy nie będzie trzeba będzie utrzymywać koni. Co się tyczy organizacyi samego Towarzystwa, musi ono uzyskać formę prawną, rzecz łatwa wobec przeprowadzenia istniejącej już ustawy zatwierdzonej.

Forma Towarzystwa jest lepsza ze względu na większą autonomią i możliwość uzyskania drogą składek członków większych funduszy.

Na początek w Królestwie kwalifikują się: Lublin, Częstochowa, dalej Piotrków, Radom, Pabianica.

Referent kończy swój odczyt wnioskiem, który sekcya jednogłośnie zgadza się poddać pod rozwagę ogólnego zebrania IX zjazdu lek. i przyrod. polskich. Wniosek ten brzmi: »9 Zjazd lekarzy i przyrodników polskich postanowili upraszać lekarzy zamieszkujących małe miasta o prowadzenie dokładnej statystyki wypadków nagłych w miastach, osadach i wsiach i o nadsyłanie statystyki do Towarz. ratunkowego warszawskiego«. Jak okazało się z dyskusyi wywiązanej nad tem, kol. dr. Zawadzki dla ułatwienia zbierania danych zamierza ogłosić drukiem i rozesłać do lekarzy raptularz z pytaniami, ułatwiający zamierzoną pracę. Na podstawie zebranych dat kol. dr. Zawadzki przyrzeka na przyszły Zjazd przedstawić projekt organizacyi pogotowic ratunk. w gminach.

W dyskusyi kol. Dr. Tchórznicki wykazuje dodatnie strony pogotowia ratunkowego w Warszawie, szczególnie wpływ jego na prawidłowe lecznictwo; proponuje utworzenie w Warszawie oprócz stacyi centr. kilku filij, któreby ułatwiały zadanie. Dla rozwoju tego rodzaju instytucyi nie wystarczy ofiarność obywatelska, potrzebne są subsydya rządu, gminne... Kol. Dr. Merunowicz wyjaśnił kwestye raptularza do zbierania dat statystycznych, o której mówa powyżej, i prosi kol. Zawadzkiego o zestawienie potrzebnych przyrządów, podanie firm, u których nabyć je można i ceny przybliżonej całego urządzenia dla mniejszych i większych miasteczek. Kol. Fronczak z Ameryki mówi o urządzeniach stacyi ratunkowych w Buffalo. Kol. Dr. Malkowski podnosi zasługi Mundyego — jakie podjął nad rozwojem stacyj ratunkowych u nas i zagranicą. Sądzi, że stacye takie powstawać powinny nie jako samoistne instytucye, lecz przy istniejących już organizacyach straży pożarnych w miastach i miasteczkach.

2). A. Wróblewski. **W sprawie tak zw. kontroli rynkowej środków spożywczych.** Chodzi nam tu o zwrócenie uwagi na to, jak wielkie znaczenie może i powinna odegrać u nas kontrola rynkowa w dobie obecnej. Około trzydziestu lat temu powstała ona i rozwinęła się na zachodzie i przyniosła duże korzyści, oczyszczając w znacznym stopniu handel od zafałszowanych produktów. Nasze stosunki w czasie obecnym podobne są do tych, jakie ongiś były na zachodzie. Niechże kontrola rynkowa posłuży i u nas do podniesienia stanu zdrowotnego handlu środkami spożywczymi.

Kontrola rynkowa jest łatwą w wykonaniu, obejmuje wielką ilość przedmiotów, służy poparciem kontroli ścisłej laboratoryjnej, służy jakgdyby sitem, przy pomocy którego można oddzielić z wielkiej ilościi badanych przedmiotów — małą ilość tychże, kwalifikujących się do kontroli ścisłej, alek. r. już sama przez się może nas zadowolić w wypadkach oczywistego fałszerstwa.

Kontrolą rynkową mogą zajmować się nietylko organa rządowe, przeznaczone do tego, lecz i lekarze miejscy, aptekarze, lekarze prywatni i chemicy. Tam, gdzie organa rządowe niedostatecznie kontrolę tę wykonywują, tam jest wskazanem, aby osoby lub instytucye prywatne, w tem interesowane, jako to: kupcy lub też mający do tej sprawy zamiłowanie lekarze. aptekarze i chemicy — zajęli się nią na własną rękę. Jest to tem bardziej możebne, że oznajomienie się fachowe z metodami takiej kontroli nie jest trudne, a potrzebne do tego małe laboratoryum — nie kosztowne; około 200 złr. Jeżeli brać pod uwagę tylko niektóre przedmioty handlu, to koszt laboratoryum zmniejszy się jeszcze bardziej do 100 lub nawet 50—70 złr.

W dyskusyi podnosi mag. farm. Studziński potrzebę oddania kontroli aptekarzom, Dr. Tchórznicki uważa, że metody analitycznego badania środków spożywczych niezawsze są wystarczające, aby jakiś produkt zniszczono i handlującego karano. możliwe to tylko na podstawie dokładnej analizy laboratoryjnej — na rynkach powinny być także małe laboratorya, we wszystkich wypadkach podejrzenia należy badać analitycznie, zwraca dalej uwagę na konieczność szybkiego badania ze względu na łatwość zepsucia się wielu produktów — jako bardzo ważny czynnik do zwalczania fałszerstwa uważa pouczanie i popularyzowanie wiadomośc iz tego zakresu. Dr. Opieński (Żółkiew) zaznacza, jak wielki wpływ w kontroli tej będą mieli komisarze targowi w tym kierunku wykwalifikowani podnosi potrzebę wysyłania na kursa dla komisarzy targowych większej ilości kandydatów, w czem go popiera Dr. Bier, zaznaczając piekącą potrzebę wydania ustawy sejmowej określającej, które miasta mają ustanowić u siebie ukwalifikowanych komisarzy radca Dr. Merunowicz (Lwów) tłómaczy, dlaczego ustawa ta dotychczas nie przyszła do skutku, a zarazem zwraca się do prof. Bujwida, jako dyrektora zakładu do badania środków żywności, aby na podstawie materyału zakładowego przedstawił Wydziałowi krajowemu konieczność jak najrychlejszego wydania takiej ustawy. Prof. Bujwid zaznacza potrzebę wykształcenia do celów kontroli rynkowej lekarzy urzędowych, zapomocą specyalnych kursów, w czem sprzeciwia się Dr. Nycz (Brzesko) zważając, że odpowiednie podręczniki wyrównają tę potrzebę.

3). Dr Rychliński. (Warszawa). **Środki ku powstrzymywaniu alkoholizmu.** Kwestya jest jeszcze sporną, czy pijaństwo nałogowe jest tylko nałogiem, czy chorobą. Prawdopodobnie większość tak zw. opilców, jak również wszyscy bez wyjątku okresowi pijacy (Dypsomania) są ludźmi chorymi, jak również pewna część nałogowych pijaków, to ludzie, którzy przez próżniactwo i zły przykład podlegają nałogowi. Procent wyzdrowienia w zakładach dla pijaków tyczy się przeważnie tych, którzy są wciągani do kieliszka — czy zwyrodniały osobnik, u którego pijaństwo jett tylko wyrazem dziedzicznego obarczenia, wyzdrowieje w zakładzie, jest jeszcze wątpliwem.

Należy: 1) dążyć do tego, by rządy drogą zwoływanych kongresów ustaliły prawodawstwo odnośnie do pijaństwa, by dążyły do zmniejszeń wytwórczości i do utrudnienia w nabywaniu alkoholu; 2) powołać cały arsenał społecznych zarządzeń, któreby miały na względzie szerzenie zasad o szkodliwości alkoholu już w młodem pokoleniu; 3) pomyśleć o wzniesieniu na ziemi polskiej specyalnego zakładu dla leczenia pijaków. Zanim to jednak nastąpi pomyśleć należy, by przy gruntownej reformie, jakiej domaga się opieka nad umysłowo chorymi sprawa leczenia pijaństwa znalazła słuszne uwzględnienie.

4). Protomedyk Dr. Merunowicz. (Lwów) **Sprawa międzynarodowego zjazdu dla zwalczania pijaństwa, mającego się odbyć w Wiedniu w r. 1901.** Prelegent poprzedza swój referat omówieniem środków niedomówionych przez poprzednika, podnosząc jako ważne czynniki stopniowe zmniejszanie ilości szynków, reformowanie ich systemem Gothenburskim. ustawowe oznaczenie najwyższej zawartości alkoholu

w wódce, dostarczenie klasom robotniczym i wieśniaczym sposobności, aby znaleść mogli środki pożywienia i pokrzepienia w gospodach nie szynkujących wódki, urządzenie zakładów leczniczych dla opilców, z prawem przymusowego umieszczenia, zwalczanie zwyczajów pijackich we wszystkich warstwach społeczeństwa i przymusu alkoholowego w hotelach i restauracyach, oznaczenie najwyższej dozwolonej zawartości niedogonu w wódce, zakładanie i popieranie towarzystw wstrzemięźliwości. Powołany do przedstawienia stosunków alkoholizmu w Galicyi na międzynarodowym zjeździe do zwalczania pijaństwa w Wiedniu, mającego się odbyć w r. 1901, odwołuje się do obecnych z prośbą o poparcie i dostarczenie materyałów co do miejscowych stosunków szynkarskich i rozszerzania się alkoholizmu po wsiach i miasteczkach.

Dr. Fronczak (Buffalo), przedstawia walkę z alkoholizmem w Stanach Zjedn. Zmniejszenie pijaństwa postępuje tam stale już to przez zmniejszenie szynków i wysoki podatek dochodzący w niektórych Stanach do 1000 dolarów, przez kary jakim podlegają szynkujący poza godzinami, utrata koncesyi i zapłaconego podatku utrzymują ich w porządku, kara za to jeżeli ktoś pijany wychodzi z ich szynku. W stanie New York szynki są pozamykane od soboty 11 wieczorem do 5 rano w poniedziałek pod karą utraty konsesyi. Hotele wstrzemięźliwości bardzo są rozpowszechnione. Pijaństwo w Stan. Zjed. bardzo jest rozpowszechnione, gdyż w r. 1899 w więzieniu powiatowem w Erie z 5260 mężczyzn zesłanych na karę za pijaństwo było 2359 a z 880 kobiet 457 czyli 42% Dr. F. w sprawozdaniu do rady państwa prosi o budowę osobnych zakładów dla pijaków uważając pijaństwo za chorobę.

Prof. Bujwid podnosi jako czynniki służące do zwalczania alkoholizmu dostarczenie ludności wody, tanich a dobrych napojów musujących w lecie, w zimie zupy i herbaty, odzwyczajenie się od niepotrzebnego używania alkoholu przy posiłku codziennym, pouczenie stałe i ciągłe warstw niewykształconych i niby wykształconych o szkodliwości alkoholuz dobrze celowi temu służyć może Uniwersytet ludowy, u ludu urozmaicenie pożywienia, bo lud dlatego podnieca się alkoholem, że brak mu podniety w niesmacznie przyrządzonym pokarmie.

Dr. Pietrzycki (Bochnia) podnosi, że rząd w Galicyi od czasu objęcia zarządu propinacyjnego powinien wydzierżawiać propinacye osobom odpowiednim za niższą cenę, nadto ograniczać sprzedaż w niedziele i dni świąteczne.

Dr. Tchórznicki (Warszawa). W Rosyi stosowano dwa środki przeciwko alkoholizacyi ludu: 1° monopol t. j. zmniejszenie miejsc, gdzie można pić; 2° przez towarzystwa wstrzemięźliwości miejsca — gdzie można pić herbatę i bawić się. Jednocześnie zaś istnieje tam wielki bardzo podatek akcyzowy, z którego rząd posiada wielkie dochody, bo dochodzące do 700.000 rs. Jestto komedya popieranie dochodu akcyzowego przez rząd, walczący zarazem z rozszerzeniem alkoholizmu. Na tę biedę jest jeden środek sprzedawać alkohol tylko w aptekach, a państwo nie powinno popierać dochodu z alkoholu. Zgadza się Dr. T. z prof. Bujwidem, że inteligencya daje zły przykład, ona przyświecać powinna masom.

Dr. Rychliński zgadza się na wszystkie prawodawcze ograniczenia poruczone przez Dra Merunowicza sądzi, że zakład dla opilców nie jest tak potrzebny, jak zreformowanie opieki nap obłąkanymi.

Przewodniczący Dr. Polak uzasadnia potrzebę rozszerzenia zakresu hygieny na przyszłych Zjazdach lekarskich a Dr. Bier stawia wniosek o utworzenie towarzystwa dla hygieny publicznej w Galicyi i ze stałą organizacyą. Dyskusyę nad temi wnioskami odłożono z powodu pory spóźnionej do następnego posiedzenia.

Sekcya XXIV. Wychowania fizycznego.

I. posiedzenie w niedzielę o godz. 5 popoł. w sali „Sokoła“.

Przewodn. prof. Jordan powitał pełnem zapału przemówieniem zebranie i zachęcił najgoręcej do pracy nad wychowaniem fizycznem. Stan rozwoju fizycznego naszej młodzieży nazwał rozpaczliwym i wskazał za przykład narody sąsiednie. Wyraziwszy podziękowanie dr. E. Piaseckiemu, inicyatorowi sekcyi, oraz p. inż. Turskiemu, za prace przygotowawcze, zapronował na przewodniczącego radcę Merunowicza, a na zastępcę inż. Turskiego.

Inż. Turski przedstawił dotychczasową pracę towarzystw gimnastycznych i wyraził życzenie, aby uczeni wyjaśnili zamęt, jaki obecnie isnieje wśród różnych prądów wychowania fizycznego.

Radca Merunowicz zwrócił się do obecnych pań z prośbą o zajęcie się sprawą cielesnego wychowania.

Prof. Cybulski (Kraków). **Obecny stan nauki o wychowaniu fizycznem.** Wzajemna zależność rozmaitych funkcyj w ustroju.

Zależność czynności serca i ruchu krwi od ruchów i wrażeń zewnętrznych.

Prawidłowy ruch krwi, jako niezbędny czynnik prawidłowej funkcyi wszystkich narządów, a w szczególności układu nerwowego.

Zależność umysłowych zdolności od prawidłowego stanu układu nerwowego.

Ruchy, jako regulatory innych czynności, a szczególnie, jako środek gimnastykowania układu nerwowego.

Ruchy dowolne, jako skutek impulsów mózgowych.

Zależność tych impulsów co do natężenia i ich koordynacyi od wprawy.

Szybkość przystosowywania ruchów w nieprzewidzianych okolicznościach.

Sposoby wyrobienia tego przystosowania się.

Wychowanie fizyczne w obszernym zakresie powinno mieć na względzie zarówno natężenie i zborność ruchów, jakoteż ich odpowiedniość do warunków zewnętrznych.

Naturalne wyrabianie się tych zdolności u zwierząt młodych i u małych dzieci pozostawionych sobie.

Potrzeba rozwijania tego w szkołach przez zaprowadzenie skombinowanego systemu ćwiczeń gimnastycznych i gier.

Potrzeba unikania jednostronności w tym względzie.

Znaczenie dla rozwoju fizycznego dziecka czystości powietrza i jakości pożywienia.

Konieczność uświadomienia przytoczonych wyżej okoliczności i potrzeba samopomocy społecznej u nas.

Dr. Teofil Tyszecki. **Statystyka wychowania fizycznego w Galicyi.** Gimnastyka w konwikcie Pijarów. Gimnastyka w szkole kadeckiej w Warszawie. Instrukcya komisyi edukacyjnej tycząca się wychowania fizycznego uczniów. Powstanie pierwszego polskiego zakładu gimnastycznego w Warszawie w r. 1835. Założenie pierwszego zakładu prywatnego we Lwowie przez ks. Leona Sapiehę w r. 1847. Zawiązanie pierwszego »grona miłośników gimnastyki we Lwowie w r. 1865 i przekształcenie tegoż w r. 1867 w pierwsze Towarzystwo gimnastyczne »Sokół«. Utworzenie Związku sokolego liczącego w Austryi 92 towarzystw z ogólną liczbą członkow 9000 i 1600 członków ćwiczących. Gimnasyka w szkołach średnich. Zaprowadzanie gimnastyki jako przedmiotu obowiązkowego w 6 zakładach i wprowadzanie lekarzy jako kwalifikowanych nauczycieli gimnastyki. W zakładach, gdzie nauka gimnastyki jest nadobowiązkową najwięcej %wykazuje gimnazyum w Wadowicach (77·61%) najmniej gimnazyum im. Franci-

szka Józefa (12·34%). Sport u młodzieży szkolnej. Gimnastyka w c. k. Seminaryach nauczycielskich nie wydaje należytych rezultatów. Stanowisko społeczne nauczycieli gimnastyki przedstawia się: Doktorów medycyny 4, Doktorów prawa 1, prawników 1, nauczycieli gimnazyalnych 6, nauczycieli szkół wydziałowych 3, nauczycieli seminaryum naucz. 1, nauczycieli szkół ludowych 7, wysłużony porucznik 1, Towarzystwo Sokół 6, naczelnik straży pożarnej 1, kancelista sądowy 1.

Gimnastyka w szkołach ludowych udzielana jest tylko w 302 zakładach, podczas gdy ogólna liczba szkół jest 3867. Staranie c. k. Rady szkolnej, aby gimnastyki udzielono w szkołach ludowych lub po miastach.

Instytucye prywatne, mające na celu wychowanie fizyczne młodzieży. Park dra Jordana w Krakowie, w którym z ćwiczeń i zabaw korzysta 14.964 dzieci w jednym miesiącu. Podobny park w Kołomyi. Związek rodzicielski we Lwowie, kolonie wakacyjne we Lwowie, Krakowie i Tow. korpusów wakacyjnych w Sanoku. Porównawcze daty gimnastyki w szkołach ludowych i wydziałowych we Lwowie i Krakowie.

Eugeniusz Piasecki (Lwów): **Postulaty w sprawie wychowania fizycznego w Galicyi.**

Rezolucya:

Zjad uznaje niezmierną doniosłość wychowania fizycznego młodzieży dla polepszenia stanu zdrowia ludności wogóle, w szczególności zaś uważa racyonalne ćwiczenia cielesne za jednę z najlepszych broni we walce z gruźlicą.

Dla możliwie najlepszego spełnienia tych zadań powinno jednak wychowanie fizyczne u nas przybrać znacznie większe, niż dotąd rozmiary i częściowo przekształcić swą postać.

W szczególności Zjazd uznaje, iż:

1. Gry i zabawy ruchowe na wolnem powietrzu, — jako jedna z form ćwiczeń. najlepiej odpowiadających celowi higienicznemu wychowania — winny zająć znacznie poważniejsze, niż dotąd miejsce, w programie wychowawczym. W tym celu jest pożądanem:

a) odpowiednie uposażenie gier szkolnych na równi z nauką gimnastyki z funduszów rządowych i krajowych;

b) dopóki to nie nastąpi, zakładanie parków Jordanowskich we wszystkich większych miastach z funduszów gminnych lub prywatnych;

c) uzyskanie od wojskowości używania placów musztry dla gier mołodzieży.

d) wprowadzenie w czyn ustawy (na wzór Anglii) któraby wzbraniała zamykać dla użytku publicznego place, które dotąd stały otworem;

c) urządzanie z funduszów rządowych i krajowych kursów gier dla nauczycieli;

f) ścisłe przestrzeganie przepisów ministeryalnych, które chronią ucznia od przeciążenia nauką w dnie poświęcone grom szkolnym.

2. Nauka gimnastyki powinna odbywać się z reguły na wolnem powietrzu, a sale powinny stanowić tylko ostateczne schronienie przed zimnem. Dla spełnienia tego żądania koniecznem jest udoskonalenie urządzeń, które służą przy naszych szkołach celom wychowania fizycznego, a w szczególności

a) pożądaną jest większa troskliwość o zyskiwanie i utrzymywanie boisk szkolnych, oraz

b) sumienne przestrzeganie przepisów zdrowotnych przy budowie sal gimnastycznych; istniejące zaś sale wymagają dokładnej rewizyi sanitarnej, gdyż wiele z nich powinno uledz zamknięciu, jako wprost szkodliwe zdrowiu dziatwy.

3. Obowiązujące obecnie u nas plany nauki gimnastyki dla szkół ludowych i średnich za mało uwzględniają cele zdrowotne wychowania fizycznego; to też potrzebną jest ich rewizya ze strony fizyologów i lekarzy.

4. W sprawie kierownictwa wychowania fizycznego Zjazd uznaje:

a) potrzebę powierzenia lekarzom nadzoru nad wychowaniem fizycznem na równi z higieną szkolną. Nadzór ten mogliby wykonywać lekarze szkolni, w drugiej zaś instancyi inspektorowie krajowi dla higieny szkół;

b) potrzebę zapoznawania ogółu lekarzy i wychowawców ze zasadami wychowania fizycznego, przez utworzenie katedr dla tego przedmiotu na uniwersytetach i uwzględnienie go przy egzaminach nauczycielskich oraz egzaminach dla lekarzy szkolnych.

5. Zjazd uważa za konieczne powiększenie czasu, poświęconego wychowaniu fizycznemu w szkołach; równolegle jednak z tem musi iść zmniejszenie przeciążenia umysłowego młodzieży, praca bowiem mięśniowa nie jest *derivativum* pracy umysłowej.

6. Zjazd uznaje potrzebę stworzenia w kraju stałej organizacyi, czuwającej nad sprawami zdrowotnemi, w szczególności zaś nad sprawą wychowania fizycznego i popularyzacyi ćwiczeń cielesnych.

7. Zważywszy, iż poruszone obecnie przez Sekcyą wych. fiz. zagadnienia, mogły być zaledwie sumarycznie traktowane, ogromna zaś ich doniosłość praktyczna wymagałaby gruntownych rozpraw i zainteresowania najszerszych warstw społeczeństwa, Zjazd wybranej w myśl wniosku kol. Biera (Kraków) komisyi powierzy:

a) zwołanie kongresu dla spraw hienyig do jednego z miast Galicyi;

b) przedłożenie mu, we formie ile możności gotowej, szeregu referatów, wniosków, rezolucyi, adresów i memoryałów do odpowiednich władz w sprawach niniejszej rezolucyi poruszonych, w szczególności zaś projektu organizacyi higienicznej dla Galicyi.

Dr. Doliński (Przemyśl): **Postulaty fizycznego wychowania dziewcząt i kobiet.** Uzasadnienie potrzeby zwrócenia bacznej uwagi na rozwój fizyczny dziewcząt, uznając w nich przyszłe matki, które nietylko rodzić mają, lecz po których dzieci dziedziczą fizyczne zdrowie lub też charłactwo i to bez względu na płeć tychże.

Wpływ sposobu życia i ubierania na rozwój kościa, w ogólności a na miednicę wszczególności.

Stosunek skrzywienia kręgosłupa do kształtu i wymiarów miednicy.

Znaczenie i waga ćwiczeń fizycznych na rozwój i czynność narządu płciowego niewieściego.

Wskazówki i żądania co do zmiany obecnego wychowania tak w szkole jakoteż i w domu.

INFORMACYE.

Następny 5-ty numer „Dziennika Zjazdu“ opuści prasę dopiero w kilka dni po ukończeniu Zjazdu i zawierać będzie sprawozdanie z obrad w sekcyach, sprawozdanie z II. ogólnego posiedzenia i streszczenia z odczytów, które z braku czasu lub nieobecności prelegentów spadły z porządku dziennego, a które Redakcyi Dziennika nadesłano.

Numer ten będzie rozesłanym Uczestnikom Zjazdu pocztą. Dlatego uprasza się wszystkich uczestników, aby kartką korespondencyjną lub w inny sposób podawali swe adresy Redaktorowi Dziennika Drowi Doc. J. Raczyńskiemu, Kraków Podwale 9.

PROGRAM NA DZIS I JUTRO.

Wtorek 24 lipca.

7—9 rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych,

9 rano posiedzenia sekcyjne w klinikach, zakładach lekarskich i przyrodniczych, i w »Collegium novum«. W tym czasie odbędzie się posiedzenie wspólne *(F)* sekcyi VII (technicznej) z XXI (medycyny publicznej i higieny).

3 popoł. II posiedzenie ogólne w sali teatru miejskiego i zamknięcie zjazdu.

Porządek dzienny II posiedzenia ogólnego.

1) Otwarcie posiedzenia przez prezesa Zjazdu Dr. Dunina.
2) Sekretarz generalny Zjazdu, Prof. Dr. Ciechanowki, odczyta dalszy ciąg spisu delegacyi, oraz nadesłane pisma i telegramy.
3) Wykład Prof. Hoyera: O pojęciu przyczynowości w nauce i w praktyce.
4) Sprawozdanie komisyi o projekcie zmian ustawy Zjazdów.
5) Ewentualny wybór delegacyi IX Zjazdu.
6) Wnioski odczyta sekretarz Zjazdu Ciechanowski.
7) Dyrektor Wystawy, Dr. Śliwiński, odczyta listę nagrodzonych wystawców.
8) Sprawozdanie komisyi w sprawie miejsca przyszłego Zjazdu.
9) Przemówienie końcowe prezesa Zjazdu, Dr. Dunina.
10) Zamknięcie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu gospodarczego, Prof. Dr. Kostaneckiego.

Wieczór tego dnia nie odbędzie się żadne zebranie, ażeby uczestnikom Zjazdu umożliwić skorzystanie z przedstawienia teatralnego.

Sroda 25 lipca.

Wycieczka do kopalń wielickich. Wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk.

Sekretarze stali sekcyi naukowych zechcą uchwały i wnioski sekcyjne, które mają być przedstawione Zjazdowi na II. ogólnem posiedzeniu, przepisane czytelnie w formie gotowej do druku, doręczyć sekretarzowi Zjazdu Prof. Ciechanowskiema, wcześnie we wtorek przed II. posiedzeniem ogólnem.

Biuro V. wycieczkowe uprasza, aby uczestnicy wycieczki do Wieliczki i wycieczki balneologicznej, którzy uiściwszy wkładkę, biletów przez zapomnienie nie wzięli, lub odwrotnie, zechcieli się jak najprędzej do wycieczkowego biura zgłosić.

Wyjazd do Rabki, osobnym pociągiem, nastąpi dnia 25 lipca, t. j. w środę o 6 rano punktualnie.

Wspólna wycieczka uczestników Zjazdu do Wieliczki odbędzie się w środę. Wyjazd z dworca kolejowego o 1·25, powrót o 6 wiecz.

Zgłoszenia przyjmuje biuro informacyjne,

Opłata 3 złr. od osoby.

Ostatni termin do wtorku o 12 w południe.

W sprawie wycieczki do Zdrojowisk, ktoby chciał być koniecznie i w Wieliczce i na Wycieczce do Zdrojowisk ten może po powrocie z Wieliczki w Środę o 6-tej wieczór wyjechać koleją o 7·33 wieczór, jadąc na Nowy Sącz i Stróże do Iwonicza: gdzie przybywa o 7-mej rano i wycieczkę całą dopędza, lub też jechać o 10.50 wieczór z Krakowa, w Rzeszowie staje o 3·10 w nocy, z Rzeszowa o 4·05 rano przyjeżdża do Jasła o 6 00 rano, z Jasła zaś o 6·05 rano, w Iwoniczu o 7-mej rano.

Koszta jednak tej drogi musi sam ponosić.

CIĄG DALSZY VI.

SPIS UCZESTNIKÓW IX-GO ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH

925. Dr. Better Ignacy, z Krakowa.
926. Kazimierz Bielski, słuchacz medycyny z Krakowie (ul. Krzywa 4).
927. Dr. Bohosiewicz Teodor, ze Lwowa (Hot. Saski).
928. Datner Hugo, rygorozant medycyny z Krakowa.
929. Doc. Dr. Gabryszewski Antoni, ze Lwowa (Hotel Saski).
930. Dr. Teodor Heryng, z Warszawy (Grand Hot.).
931. Jurkowski Kazimierz, agronom z gub. podolskiej (Hotel Pollera).
932. Dr. Józef Kadyi, z Jasła (Karmelicka 44).
933. Dr. P. Leon Klecki z Krakowa.
934. Dr. Kazimierz Neyman, Kopojgród (Hotel krakowski.
935. Prof. Niemiłowicz Władysław ze Lwowa (Hotel krakowski).
936. Pretzel Gustaw, rygorozant medycyny z Krakowa.
937. Raykowski Franciszek, z Ciechanowa Król.-Polskie. (Michał Knyer ul. Pańska 11).
938. Dr. Sękowski Władysław, z Częstochowy (Grand Hotel.
939. Pani Sękowska Jadwiga, z Częstochowy (Grand Hotel).
940. Dr. Sokołowski Władysław, z Żytomierza (Hotel Europejski).
941. Dr. Sołtysik Mieczysław, z Husiatyna (Karmelicka 34).

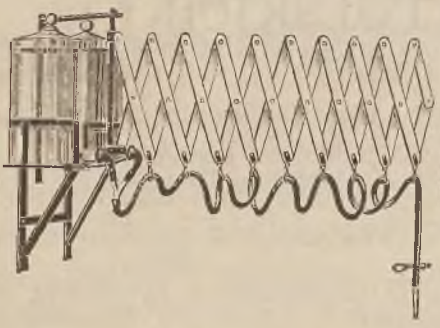
Sprostowania: Państwo Wasilewscy z Kowala — którzy mieli być uczestnikami Zjazdu — nie przyjechali. Prostujemy tedy mylnie podany adres — w jednym z poprzednich numerów.

W Nrze I. Dziennika Zjazdu w spisie uczestników pod liczbą 112 nazwisko Leon Guńkowski prof. gimn. z Wadowic. Ma być Guńkiewicz Leon prof. gim. z Wadowic.

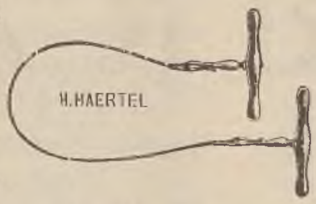
Dr. Olszewski Adam, z powiatu Lipnowskiego a nie jak mylnie podano z pow. Miechowskiego (Hotel Drezdeński).

HERMANN HAERTEL

WROCŁAW,
Weindenstrasse 33.



FABRYKA PRZYRZĄDÓW CHIRURGICZNYCH, URZĄDZA SALE OPERACYJNE, WYRABIA SZTUCZNE KOŃCZYNY.



Oryginalna piłeczka według Dr. Gigli z Florencyi.

Pieczątki kauczukowe z szematami części ciała.

PRZYRZĄDY ROENTGENA VOLTOHM.

ZAŁOŻONA ROKU 1819.



Stół operacyjny według Dra Stas. D. R. G. M. Używany w krakowskiej klin ce chirurgicznej.

Bad Salzbrunn i/Schles.

Stacya kolei Wrocław Halbstadt. Pora zdrojowa od 1 Maja do początku października, dawno znane alkaliczne zródła, **Oberbrunnen;** ogromne obszary **w górach** położone, powietrze górskie, wspaniałe **zakiady mleczne i żętyczne** (wyj. łow, mleko, kefir, ośle, owcze, kozie mleko), badanie mleka odbywa się we własnej pracowni i w Wrocławskim zakładzie hygienicznym (profesora Flügge) — **pneumatyczny** gabinet itd. wskazany w chorobach gardła, **dróg oddechowych i płuc, w nieżytach żołądka i jelit,** w chorobach wątroby (kamieniach żółciow.) dnie, skazie moczanowej i cukrówce.

Lekarze zdoojowi: Radca sanit. Dr Nitsche, lekarz sztabowy Dr Pohl, Dr Determeyer, Dr Montag i Dr. Ritter.

Rozsyłka Oberbrunnen przez pp. Furbach i Strieboll w „Bad Salzbrunn“.

Książęco plesska Dyrekcya w „Bad Salzbrunn“.

Kalendarz lekarski

Kraków 1900.

nabywać można w księgarni **S. A. Krzyżanowskiego** Rynek główny A-B.

Zakład optyczny

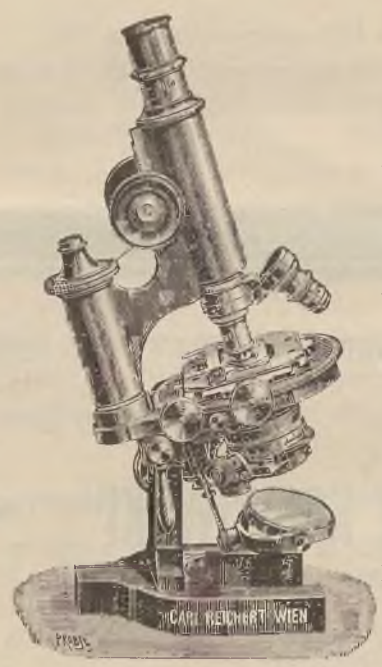
C. REICHERT

Wiedeń, VIII. Bennogasse 24 i 26.

Specyalność:

MIKROSKOPY

Pierwszorzędny gatunek.



Zawiadamia, że wydane zostały:

Główny katalog Nr 22.

mikroskopy, mikrotomy, haemometry, ferrometry i t. d.

Specyalny katalog Nr 1.

Przyrządy polaryzacyjne do ilościowego oznaczenia cukru trzcinowego i gronowego.

Specyalny katalog Nr 3.

Przyrządy do mikrofotografii.

Specyalny katalog Nr 4.

Przyrządy do projekcyi mikroskopowych preparatów.

Nowość! **Kliniczny ferrometr** jako uzupełnienie Haemometru; dalej Phosphometer do znaczenia ilości fosforu we krwi.

Nowość! Godny uwagi **aparat polaryzacyjny,** z przejrzystą podziałką według Dr G. Bruhnsa.



Dra BREMERA

Zakład leczniczy Görbersdorf-Śląsk.

Kolebka miarodajnego sposobu traktowania i leczenia chorych piersiowych. Zarząd przesyła swoje prospekta bezpłatnie.

Z drukarni Uniw. Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Odpowiedzialny redaktor: Doc. Dr. Raczyński